



BELEIDSRAPPORT

“Child Death Review: een voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel”



Prof. Dr. Els De Letter^a

Dr. Ann Verrijckt^b

Dr. Karlien Dhondt^b

Freja De Middeleer^a

Joy Eliaerts^a

a: Forensisch Instituut – Universiteit Gent – Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Vakgroep Gerechtelijke Geneeskunde

b: Universitair Ziekenhuis Gent

Colofon

Aan het beleidsrapport “Child Death Review: een voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel” werkten mee:

Het onderzoeksteam

Prof. Dr. Els De Letter

Geneesheer-specialist in de Gerechtelijke Geneeskunde
Forensisch Instituut Universiteit Gent
Forensische Geneeskunde

Dr. Ann Verrijckt

Pediater – Intensiviste
Universitair Ziekenhuis Gent

Dr. Karlien Dhondt

Hoofd Slaapcentrum en Referentiecentrum Wiegendood
Universitair Ziekenhuis Gent

Mevr. Freja De Middeleer

Criminologe
Onderzoeker Forensisch Instituut Universiteit Gent
Forensische Geneeskunde

Mevr. Joy Eliaerts

Biomedicus
Onderzoeker Forensisch Instituut Universiteit Gent
Forensische Geneeskunde

De leden van de stuurgroep*

Mevr. Christel De Craim

Attaché FOD Justitie
Dienst voor het Strafrechtelijk beleid, Dienst jeugdproblematiek

Mevr. Carine De Wilde

Beleidsmedewerker geweld, misbruik en kindermishandeling
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Beleidsontwikkeling, Team Beleid

Dr. Wouter Karst

Forensisch arts KNMG
Nederlands Forensisch Instituut
Afdeling Medisch Forensisch Onderzoek - Sectie Forensische Pediatrie

Mevr. Lieve Krobea

Juriste externe Preventieve Gezinsondersteuning (PGO)
Agentschap Kind & Gezin

Dr. Kaat Peerenboom

Vertrouwensarts
Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Antwerpen

Prof. Dr. Michel Piette

Geneesheer-specialist in de Gerechtelijke Geneeskunde
Forensisch Instituut Universiteit Gent
Forensische Geneeskunde

Mter. Sylvie Tack & Prof. Dr. Tom Balthazar

Expert gezondheidsrecht
Universiteit Gent

Dhr. Bert Van Puyenbroeck

Afdeling Preventieve Gezinsondersteuning
Agentschap Kind & Gezin

Mevr. Procureur Wendy Vanvelthoven

Parket Leuven

**Mevr. Renilde Rens (Diensthoofd Jeugd, Politie Antwerpen, Lokale Recherche Jeugdbrigade) werd eveneens opgenomen in de stuurgroep maar verontschuldigde zich wegens andere verplichtingen.*

Dit rapport wordt opgedragen ter nagedachtenis van elk overleden kind. Wij eren hun herinneringen door te blijven investeren in het welzijn, de gezondheid en de veiligheid van onze kinderen.

Inhoudsopgave

Colofon.....	3
Inhoudsopgave.....	5
Lijst van gebruikte afkortingen	9
Lijst van figuren.....	11
Inleiding	13
1. Onderzoeksproject	17
1.1 Situering en achtergrond van de onderzoeksopdracht	17
1.2 Voorgestelde aanpak van het project.....	17
1.3 Voorstelling van het onderzoeksteam	19
2. Literatuuroverzicht	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Medico-legale begrippen.....	21
2.3 Child Death Review: belang, ontstaan en evolutie	22
2.4 Randvoorwaarden voor een Child Death Review.....	24
2.4.1 Overlijdensattestering.....	24
2.4.2 Child Death Onderzoek	25
2.5 Internationale pijlers van een Child Death Review	29
2.5.1 Structurele pijlers	29
2.5.2 Procesmatige pijlers	35
2.6 Internationale voorbeelden	44
2.6.1 Nederland: Child Death Onderzoek (NODO-protocol)	44
2.6.2 Wales: Child Death Review (PRUDiC)	53
2.7 Conclusie.....	57
3. Vlaamse en Brusselse context	59
3.1 Inleiding	59
3.2 Kindersterftecijfers in België en het Vlaams Gewest	59
3.2.1 België.....	59
3.2.2 Vlaams Gewest.....	62
3.3 Overlijdensattestering	65
3.3.1 Huidige procedure voor aangifte van een overlijden in België	65
3.3.2 Knelpunten.....	67

3.3.3	Afstappingsofficier bij onbekende overlijdens – pilootproject Gent.....	70
3.3.4	Toetsing aan de internationale literatuur.....	71
3.4	Regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden.....	72
3.4.1	Onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een zuigeling.....	72
3.4.2	Wet van 26 maart 2003 en Koninklijke Besluiten.....	74
3.4.3	Knelpunten.....	76
3.4.4	Toetsing aan de internationale literatuur.....	79
3.5	Actoren en procedures in geval van kindermishandeling	81
3.5.1	Actoren.....	82
3.5.2	Procedure: Protocol van Moed	85
3.6	Conclusie.....	86
4.	Voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel.....	89
4.1	Inleiding.....	89
4.2	Overlijdensattestering	91
4.2.1	Situering en motivering.....	91
4.2.2	Invoering overlegplicht bij natuurlijke en onbekende overlijdens.....	92
4.2.3	Invoering nieuw overlijdensattest voor minder- en meerderjarigen	94
4.2.4	Consequenties van de beslissing bij de overlijdensattestering	98
4.2.5	Kritische randvoorwaarden overlijdensattestering	100
4.3	Child Death Onderzoek: minderjarigenprotocol.....	106
4.3.1	Situering en motivering.....	106
4.3.2	Invoering minderjarigenprotocol	106
4.3.3	Pijlers van een Child Death Onderzoek in Vlaanderen en Brussel.....	107
4.3.4	Kritische randvoorwaarden minderjarigenprotocol.....	112
4.4	Child Death Review	116
4.4.1	Situering en motivering.....	116
4.4.2	Pijlers van een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel	116
4.4.3	Kritische randvoorwaarden Child Death Review	123
4.5	Opmerkingen en bezorgdheden stuurgroep.....	125
4.5.1	Overlijdensattestering.....	125
4.5.2	Minderjarigenprotocol.....	126
4.6	Conclusie.....	131

5. Pilootproject: voorstel van aanpak in huidige context	133
5.1 Inleiding	133
5.2 Noodzakelijke randvoorwaarden pilootproject.....	133
5.2.1 Geografische afbakening	133
5.2.2 Sensibilisering betrokken actoren.....	133
5.2.3 Werking minderjarigenprotocol.....	137
5.2.4 Budgettaire omkadering	137
5.2.5 Privacywetgeving	138
5.3 Indicatieve projectplanning en werkwijze	138
5.4 Pilootproject regio Gent	139
5.4.1 Overlijdensattestering.....	139
5.4.2 Minderjarigenprotocol.....	141
5.4.3 Child Death Review.....	142
5.4.4 Globale evaluatie	144
5.5 Conclusie.....	145
6. Algemeen besluit en aanbevelingen	147
6.1 Situering van de vraagstelling en huidige problematiek	147
6.2 Voorstel van aanpak.....	148
6.2.1 Een nieuwe wijze van overlijdensattestering (cfr. 4.2)	148
6.2.2 Een grondig en multidisciplinair Child Death Onderzoek (cfr. 4.3)	149
6.2.3 Een gestructureerde en gesystematiseerde Child Death Review (cfr. 4.4)	149
6.3 Aanbevelingen.....	150
6.3.1 Juridische randvoorwaarden	150
6.3.2 Andere kritische randvoorwaarden	151
Bibliografie	153
Bijlagen	165
Bijlage 1: Bestek IJH 2013 DEP 05.....	165
Bijlage 2: 1 ^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag	181
Bijlage 3: 2 ^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag	198
Bijlage 4: 3 ^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag	217
Bijlage 5: 4 ^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag	239
Bijlage 6: Wet op de Lijkbezorging (Nederland) – art. 7 lid 1	254
Bijlage 7: Engeland.....	255

Bijlage 8: Wales – Child Death Onderzoek (PRUDiC)	264
Bijlage 9: Nederland – Child Death Review (SERRAFIM)	268
Bijlage 10: New South Wales (Australië)	270
Bijlage 11: British Columbia (Canada)	272
Bijlage 12: Nieuw-Zeeland	277
Bijlage 13: Michigan (VS)	282
Bijlage 14: Model IIIC en IIID voor de aangifte van een overlijden	287
Bijlage 15: Wet van 26 maart 2003 houdende de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden	295
Bijlage 16: Raming kosten van enkele onderzoeken bij zuigelingen in het kader van de wet van 26 maart 2003	297

Lijst van gebruikte afkortingen

ADSEI	Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
ARRo KM	Arrondissementale raad voor kindermishandeling
AWW	Algemeen Welzijnswerk
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BC	British Columbia
BCCS	British Columbia Coroners Service
CDOP	Child Death Overview Panel
CDR	Child Death Review
CDRP	Child Death Review Programme
CDRT	Child Death Review Team
CDRU	Child Death Review Unit
CEMACH	Confidential Enquiry into Maternal and Child Health
CESDI	Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy
CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
CYMRC	Child and Youth Mortality Review Committee
DHB	District Health Board
DHS	Department of Human Services
FGP	Federale Gerechtelijke Politie
FI	Forensisch Instituut
FOD	Federale Overheidsdienst
HQSC	Health Quality and Safety Commission
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van de Mens
K&G	Kind & Gezin
LCYMRG	Local Child and Youth Mortality Review Group
LRD	Lokale Recherchedienst
LSCB	Local Safeguarding Children Board
MCFD	Ministry of Children and Family Development
MCH	Maternal and Child Health
MPHI	Michigan Public Health Institute
MUG	Mobiele Urgentie Groep
NCCDR	National Center for Child Death Review
NCDR-CRS	National Child Death Review Case Reporting System
NIS	Nationaal Instituut voor Statistiek
NMRP	National Mortality Review Program
NODO	Nader Onderzoek DoodsOorzaak
NSW	New South Wales
NWSI	National Health Service of Wales Informatics Service
OGP	Officiers van Gerechtelijke Politie
PD	Plaats Delict

PdK	Procureur des Konings
PRUDiC	Procedural Response to Unexpected Deaths in Childhood
RCY	Representative for Children and Youth
RR	Rapid Response
SCR	Serious Case Review
SERRAFIM	Systematic Evaluation with Risk analysis and Review of Adverse Factors in Infant and Child Mortality
SIO	Senior Investigating Officer
SUDI	Sudden Unexpected Death in Infancy
SUDC	Sudden Unexplained Death in Childhood
UGent	Universiteit Gent
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VFK	Vlaams Forum Kindermishandeling
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Lijst van figuren

Figuur 1: Internationaal overzicht van het ontstaan van Child Death Review

Figuur 2: NODO-procedure

Figuur 3: Organisatiestructuur CDR programma

Figuur 4: CDR proces en informatie-uitwisseling

Figuur 5: Structurele pijlers van een kwalitatieve Child Death Review

Figuur 6: Procesmatige pijlers van een kwalitatieve Child Death Review

Figuur 7: Mortaliteit in België (geboorte tot en met 19 jaar)

Figuur 8: Mortaliteit in het Vlaams Gewest

Figuur 9: Beslissingsdiagram bij het overlijden van een minderjarige

Figuur 10: Verloop minderjarigenprotocol

Figuur 11: Verloop Child Death Review

Inleiding

Situering en achtergrond

Het verlies van een kind is één van de meest ingrijpende gebeurtenissen in een mensenleven. Kinderen worden niet verondersteld te sterven en hun vroegtijdige dood laat een diepe indruk en een onrechtvaardigheidsgevoel na bij familie, vrienden en kennissen. De maatschappij draagt een belangrijke morele verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat het sterftecijfer van minderjarigen zo laag mogelijk gehouden wordt. Het vergaren van kennis over de omstandigheden van deze overlijdens en duidelijkheid scheppen omtrent de doodsoorzaak en de aard van overlijden (of de wijze van sterven) is belangrijk en kan ons helpen om nieuwe kindersterfgevallen in de toekomst te voorkomen.

Een niet onaanzienlijk aantal van deze overlijdens zijn waarschijnlijk te voorkomen. Een solide preventieve strategie kan echter maar uitgebouwd worden als deze overlijdens systematisch en op een gestandaardiseerde wijze geanalyseerd worden door een gespecialiseerd, multidisciplinair team. Deze analyse, in de internationale literatuur Child Death Review (CDR) genoemd, wordt sinds enkele decennia reeds in heel wat landen uitgevoerd. Dergelijke aanpak beoogt het detecteren van vermijdbare factoren en het formuleren van aanbevelingen om analoge overlijdens in de toekomst te voorkomen.

In Vlaanderen en Brussel is het echter op heden onmogelijk om een wetenschappelijk gefundeerde Child Death Review te verrichten wegens volgende *knelpunten*.

Vooreerst moet opgemerkt worden dat de huidige statistische gegevens, beschikbaar via de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI; het vroegere Nationaal Instituut voor Statistiek (NIS)), onvolledig en vermoedelijk deels fout gecatalogeerd zijn wegens hiaten of slordigheden in het attesteren van een overlijden in het actuele Belgische juridische kader. Meer in het bijzonder moet een arts bij een overledene het cruciale onderscheid maken tussen een natuurlijk overlijden (gevolg van ziekte of ouderdom) en een niet-natuurlijk overlijden (gevolg van een uitwendige factor, namelijk ongeval, suïcide, moord of doodslag). Bij een vermoeden van een niet-natuurlijk overlijden dient de arts “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar” tegen begrafenis of crematie te attesteren. Dit cruciaal onderscheid bij het attesteren heeft tot gevolg dat er al dan niet een gerechtelijk (voor)onderzoek volgt. Er rust dus een zeer zware verantwoordelijkheid op de schouders van die ene arts die het overlijden vaststelt. In tegenstelling tot de internationale situatie neemt de attesterende arts in België deze beslissing in vele gevallen volledig autonoom zonder noodzakelijkerwijs de nodige expertise hiervoor te hebben. De individuele willekeur in het attesteren van een overlijden is een belangrijk struikelblok in het bekomen van correcte en dus relevante statistische gegevens.

Wanneer het overduidelijk om een niet-natuurlijk overlijden gaat, veroorzaakt dit in ons huidig systeem geen enkel probleem. In geval van een duidelijk natuurlijk overlijden zal de attestering eveneens meestal correct verlopen, hoewel ook in deze categorie van overlijdens bedenkingen te maken zijn. Er is een vermoeden dat een aantal onverklaarde of onduidelijke overlijdens foutief als “natuurlijk” gecodeerd wordt. Het kan hierbij gaan om diverse invalshoeken zoals fatale kindermishandeling en accidentele overlijdens, maar ook onverwachte overlijdens als gevolg van een (nog) niet gediagnosticeerde – al dan niet vooraf bestaande – medische aandoening. Met andere woorden, het onbekend of onverklaard zijn van het overlijden hoeft niet steeds gekoppeld te zijn aan een (on)opzettelijke tussenkomst van derden en hoeft niet steeds een gevolg te zijn van een strafbaar feit. De grootste problemen voor de attestering stellen zich dus in de groep van overlijdens waarvan de aard van het overlijden niet onmiddellijk vast te stellen is. Eerst en vooral blijkt uit de praktijk dat artsen een schroom hebben om deze overlijdens als potentieel niet-natuurlijk te attesteren. Deze attestering heeft immers tot gevolg: het verwittigen van politie, het instellen van een gerechtelijk (voor)onderzoek en het – mogelijk onterecht – stigmatiseren van ouders of andere personen in de onmiddellijke omgeving van het slachtoffer vermits dit zeer frequent als een “verdacht overlijden” gecatalogeerd wordt.

Wanneer een kind onder de achttien maanden onverwacht en medisch onverklaard overlijdt, is er in België momenteel een wetgevend kader voor het uitvoeren van een autopsie (cfr. wet van 26 maart 2003 en het Koninklijk Besluit van 27 april 2007). Dit is gericht op het opsporen van de doodsoorzaak, maar niet op het opsporen van de aard van overlijden en dus niet op het detecteren van een eventueel niet-natuurlijke dood. Indien een niet-natuurlijk overlijden geattesteerd worde, zal er vanzelfsprekend een justitieel onderzoek plaatsvinden dat gericht is op het uitsluiten van misdadige tussenkomst door derden maar niet altijd voldoende garantie biedt op de uiteindelijke detectie van de doodsoorzaak. In een aantal gevallen blijven de aard en oorzaak van overlijden zelfs onbekend.

Verwijzend naar de hierboven vermelde knelpunten is een goede Child Death Review in Vlaanderen en Brussel momenteel onmogelijk. De zopas beschreven procedure van de vaststelling van een overlijden bij minderjarigen moet herzien worden. Verder dringt een gesystematiseerd, grondig Child Death Onderzoek van alle onbekende en/of onverwachte en/of onverklaarde overlijdens bij minderjarigen zich op. Enkel op die manier kunnen objectieve, gestructureerde gegevens verzameld worden voor een latere analyse door een multidisciplinair Child Death Review team. Dit Child Death Onderzoek impliceert een wetenschappelijk gefundeerde, multidisciplinaire aanpak door een gespecialiseerd team met onder meer artsen en andere hulpverleners, die – elk vanuit hun eigen invalshoek of werkveld – de nodige expertise hieromtrent hebben. Er moet dus in eerste instantie aan de hand van een grondig multidisciplinair onderzoek op een gestructureerde, gesystematiseerde manier informatie verzameld worden, welke duidelijkheid brengt omtrent de aard van het overlijden bij een minderjarige, indien dit in eerste instantie onbekend, onverklaard of onverwacht is. Het opsporen van de effectieve doodsoorzaak sluit hierbij aan.

De zopas vermelde knelpunten in de huidige aanpak moeten tevens beschouwd worden in het licht van het huidige Belgisch juridisch kader, waarbij de praktische haalbaarheid en toepasbaarheid van eventuele voorstellen tot verbetering in ons huidige model duidelijk getoetst moeten worden.

Opbouw van het onderzoeksrapport

Hoofdstuk 1 geeft een overzicht van de opbouw van dit onderzoeksproject. Allereerst worden de aanleiding tot en de uitgangspunten van dit onderzoek voorgesteld, alsook de concrete aanpak ervan. Daarna volgt een voorstelling van het onderzoeksteam en de samenstelling van de stuurgroep.

Hoofdstuk 2 vormt het eerste onderdeel van dit onderzoeksproject, met name het internationaal literatuuroverzicht. Vooreerst worden de courante medico-legale begrippen toegelicht. Aansluitend worden de historiek en de evolutie van Child Death Review besproken, alsook de randvoorwaarden voor een Child Death Review. Vervolgens worden de pijlers behandeld waaruit de internationale Child Death Review programma's zijn opgebouwd. Ten slotte volgt een uitgebreide bespreking van het huidige Child Death Onderzoek in Nederland en de huidige Child Death Review praktijk in Wales, die een mooi voorbeeld zijn van een volledig uitgewerkt(e) Child Death Onderzoek en Child Death Review.

In *hoofdstuk 3* wordt de huidige Vlaamse en Brusselse context voorgesteld. Vooreerst wordt een overzicht gegeven van de kindersterftecijfers in België en het Vlaamse Gewest. Hierbij aansluitend volgt een bespreking van de huidige praktijk met zijn knelpunten betreffende de overlijdensattestering, met – *enerzijds* – de centrale rol en primordiale verantwoordelijkheid van de arts die het overlijden vaststelt, en – *anderzijds* – de rol van de procureur des Konings naar aanleiding van de beslissing van de attestering. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de huidige aanpak van onverwachte en medisch onverklaarde overlijdens van kinderen onder de achttien maanden (cfr. wet 26 maart 2003 en het Koninklijk Besluit van 27 april 2007). Meer in het bijzonder worden de knelpunten in de toepassing van deze wetgeving in de huidige praktijk toegelicht. Ten slotte worden in dit hoofdstuk – verwijzend naar het bestek van dit onderzoeksrapport, meer in het bijzonder naar de vraag voor de mogelijke opportuniteiten van Child Death Review in Vlaanderen & Brussel, geformuleerd vanuit het Vlaams Forum Kindermishandeling – de belangrijkste actoren en procedures betrokken in kindermishandeling in het huidige werkveld voorgesteld.

Volgend uit de internationale en de Vlaamse en Brusselse situatie wordt in *hoofdstuk 4* het effectieve voorstel van aanpak voor Vlaanderen en Brussel, opgedeeld in drie aspecten, gespecificeerd. *Ten eerste* – verwijzend naar de bovenvermelde problemen in attesteren en de hiermee gepaard gaande consequenties voor de geregistreerde statistieken – een voorstel voor de herziening van de overlijdensattestering, waardoor de registratie meer sluitend en betrouwbaar zal worden. Meer in het bijzonder zal de nadruk liggen op het vaststellen van de aard van overlijden met het onderscheid in drie categorieën, namelijk een natuurlijk, een niet-natuurlijk of een onbekend overlijden. Tevens wordt de

verantwoordelijkheid van de ene vaststellende arts gewijzigd naar een verplichte overlegplicht met een tweede arts ingeval van een onbekend overlijden of ingeval van een vermoeden van een natuurlijk overlijden bij kinderen jonger dan achttien jaar. *Ten tweede*, pleiten we voor het invoeren van een specifiek “minderjarigenprotocol” waarin de huidige wetgeving die zich toespitst op onverwachte en medisch onverklaarde overlijdens van een kind jonger dan achttien maand, herzien en uitgebreid wordt naar alle onbekende overlijdens van kinderen onder de achttien jaar. Een voorstel voor concrete multidisciplinaire aanpak van Child Death Onderzoek wordt in dit hoofdstuk gedetailleerd voorgesteld. *Ten derde* wordt een voorstel van aanpak voorgesteld voor de manier waarop een Child Death Review in de toekomst concreet – eveneens multidisciplinair – kan aangepakt worden. Voor deze drie aspecten worden de kritische randvoorwaarden (zowel juridische als andere) die verbonden zijn aan het voorstel van aanpak gedetailleerd opgesomd.

Hoofdstuk 5 van dit rapport stelt de implementatie van een pilootproject in de regio Gent voor, gebaseerd op het voorgestelde model van aanpak maar toepasbaar in de huidige context. Zowel de weg naar de implementatie als de mogelijke gevolgen ervan voor de betrokken diensten komen aan bod. Het pilootproject beoogt om de haalbaarheid van het voorstel van aanpak voor Child Death Onderzoek te toetsen in de praktijk en aldus een mogelijke bijsturing van het voorstel van aanpak na te gaan.

Tot slot sluit *hoofdstuk 6* het beleidsrapport af met een algemeen besluit, waarbij ook alle bijhorende aanbevelingen voorgesteld worden.

NB: Overal waar hij/zijn staat geschreven kan ook zij/haar worden gelezen.

1. Onderzoeksproject

1.1 Situering en achtergrond van de onderzoeksopdracht²

Het uitgangspunt voor dit onderzoeksproject is het belang van gestructureerd onderzoek bij overlijdens van kinderen. Vlaanderen en Brussel worden immers elk jaar geconfronteerd met enkele gevallen van verdacht overlijden, al dan niet ten gevolge van fatale kindermishandeling. Internationaal onderzoek vertrekt hier vanuit een preventief oogpunt: het beoogde maatschappelijk effect op termijn is het aantal sterfgevallen te reduceren door het systematisch identificeren van risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden. Daaruit kunnen dan aanbevelingen en methodes van preventie worden gedistilleerd.

Vlaanderen en Brussel kennen tot op vandaag geen dergelijk systematisch onderzoek. Daarom achtte het Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK) het opportuun om minstens na te gaan of en hoe een praktijk van “Child Death Review” zinvol vorm zou kunnen krijgen in Vlaanderen en Brussel. De opdracht van dit onderzoeksproject is dan ook *“het uitwerken van een voorstel van aanpak om te komen tot een relevante en efficiënte praktijk van Child Death Review in Vlaanderen en Brussel”*.

Meer concreet werden twee eindproducten verwacht:

- A. Enerzijds een beschrijving van de internationale Child Death Review praktijk, op basis van literatuuronderzoek. Hieruit worden de krachtlijnen voor een model van aanpak in Vlaanderen en Brussel gedistilleerd en opgesomd, met onder andere of het gewenst is om autopsies bij overleden kinderen systematisch uit te voeren.
- B. Anderzijds een voorstel voor een model van aanpak in Vlaanderen en Brussel, met een inventaris van juridische en eventuele andere kritische randvoorwaarden die moeten vervuld zijn om daadwerkelijk te kunnen overgaan tot dit voorgestelde model.

1.2 Voorgestelde aanpak van het project

De onderzoeksvragen uit voorgaande paragraaf werden onderzocht in een tijdspanne van vier maanden (1 december 2013 tot en met 31 maart 2014). Het project bestaat concreet uit vijf stappen.

Vooreerst legt een grondig literatuuronderzoek de nodige accenten binnen het project. Een vergelijkende analyse van de internationaal beschikbare Child Death Review protocollen werd uitgevoerd, met een afweging van de voor- en nadelen. Deze evaluatie werd in een volgende fase gebruikt voor het toetsen van de toepasbaarheid in de Belgische context.

² Zie bijlage 1: Bestek IJH 2013 DEP 05

De bevindingen uit de internationale literatuur worden getoetst aan de voorhanden zijnde wet van 26 maart 2003, die van toepassing is voor onverwachte en medisch onverklaarbare overlijdens bij kinderen jonger dan achttien maanden.

Tevens gaat dit onderzoek na of en wanneer autopsies bij kinderen en jongeren eventueel gewenst zijn. De basis voor deze stap ligt bij het protocol “Nader Onderzoek DoodsOorzaak minderjarigen” (NODO-protocol) in Nederland. Dit gaat uit van een analyse van alle data in het licht van overlijdens tot de volle leeftijd van zeventien jaar en aldus tot het bereiken van de leeftijd van meerderjarigheid.

Hierbij aansluitend volgt een grondige analyse van alle juridische en eventuele andere randvoorwaarden die van belang zijn om een protocol op te stellen dat kan toegepast worden in het kader van de Belgische wetgeving.

Ten slotte wordt, aan de hand van alle bovenvermelde gegevens, een multidisciplinair protocol voorgesteld voor een uniforme en gestandaardiseerde aanpak bij het overlijden van een minderjarige. Dergelijk protocol is het finale doel van dit onderzoeksproject. Hierin wordt enerzijds een organisatie van het werkveld beoogd, met een taakomschrijving van alle betrokken actoren. Anderzijds wordt de bruikbaarheid in de courante praktijk nagegaan. De aandacht gaat dan onder andere naar de manier van informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren, de wijze van registratie en bewaring van bekomen informatie en de privacywetgeving.

In de korte tijdspanne van dit onderzoeksproject vonden vier stuurgroepvergaderingen plaats. Tijdens de eerste samenkomst³ werden de aanpak en uitwerking van het project besproken en maakte de stuurgroep enkele werkafspraken, met inbegrip van een timing en de planning van de stuurgroepvergaderingen. Daarnaast werd een situering van de problematiek voorgesteld, alsook het finaal beoogde doel. Het onderzoeksteam stelde bij de tweede vergadering⁴ de literatuurstudie voor en gaf een aantal mogelijke opties van een stroomdiagram. Een derde samenkomst⁵ werd georganiseerd voor een stand van zaken van het project, waarbij ook nader uitgewerkte opties van een stroomdiagram werden besproken en verder ontwikkeld. Ten slotte werd tijdens de vierde stuurgroepvergadering⁶ een ontwerp van het project voorgelegd, met aandacht voor een aantal vragen: waar zijn we geland, welke vragen liggen nog open.

³ Zie bijlage 2: 1^e stuurgroepvergadering –Powerpoint en verslag

⁴ Zie bijlage 3: 2^e stuurgroepvergadering –Powerpoint en verslag

⁵ Zie bijlage 4: 3^e stuurgroepvergadering –Powerpoint en verslag

⁶ Zie bijlage 5: 4^e stuurgroepvergadering –Powerpoint en verslag

1.3 Voorstelling van het onderzoeksteam

De onderzoeksopdracht werd uitgevoerd door een onderzoeksteam, samengesteld uit volgende leden:

- Prof. Dr. Els De Letter, geneesheer-specialist in de Gerechtelijke Geneeskunde – Forensisch Instituut – Universiteit Gent (FI-UGent)
- Dr. Ann Verrijckt, pediater-intensiviste in het Universitair Ziekenhuis (UZ) te Gent
- Dr. Karlien Dhondt, hoofd van het wiegendoodcentrum in het UZ te Gent
- Mevr. Joy Eliaerts, biomedicus
- Mevr. Freja De Middeleer, criminologe

Het onderzoeksteam werd in haar opdracht bijgestaan door een stuurgroep, met enerzijds relevante deskundigen en anderzijds vertegenwoordigers uit de verschillende betrokken instanties (onder andere Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, FOD Justitie, Kind & Gezin)⁷. Tijdens de vergaderingen van de stuurgroep werden de bezorgdheden van de verschillende leden vanuit hun werkveld ter harte genomen en zoveel mogelijk geïmplementeerd in het voorstel voor Child Death Onderzoek en Child Death Review voor Vlaanderen en Brussel die in dit onderzoeksrapport voorgesteld worden. Hierbij aanvullend werd tijdens de stuurgroepvergaderingen de voortgang van het onderzoek besproken.

⁷ Zie colofon

2. Literatuuroverzicht

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de internationale Child Death Review praktijk aan de hand van een grondig, vergelijkend literatuuronderzoek. Eerst worden de courante medico-legale begrippen met betrekking tot een overlijden toegelicht (cfr. 2.2). Na deze inleiding wordt uiteengezet wat een Child Death Review precies is, welk belang het met zich meedraagt en hoe de werking ervan internationaal evolueert (cfr. 2.3). Aan het uitvoeren van een kwalitatieve Child Death Review zijn een aantal noodzakelijk randvoorwaarden verbonden (cfr. 2.4), zijnde een sluitende overlijdensattestering en een Child Death Onderzoek bij plotse en onverwachte overlijdens. Eens deze randvoorwaarden vervuld zijn, ligt de focus op de structurele en procesmatige pijlers waarop een Child Death Review in de internationale praktijk wordt gebouwd (cfr. 2.5). Om de inbedding van de besproken pijlers praktisch voor te stellen, komen daaropvolgend twee internationale voorbeelden aan bod (cfr. 2.6). Voor het Child Death Onderzoek verwijzen we naar het Nederlandse NODO-protocol, terwijl de Child Death Review aan de hand van de praktijk in Wales voorgesteld wordt. Het internationale overzicht wordt besloten met de internationale krachtlijnen van een Child Death Review die de basis vormen voor een voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel (cfr. 2.7).

2.2 Medico-legale begrippen

Vooraleer de volledige werking van een Child Death Review uit te leggen, is een duidelijk theoretisch begrippenkader nodig. Dit kader bestaat uit drie belangrijke medico-legale begrippen met betrekking tot een overlijden: de doodsoorzaak, het doodsmechanisme en de aard of wijze van overlijden.

Onder *de doodsoorzaak* verstaat men elke pathologische toestand (ziekte) of uitwendige factor (bv. steekwonde) die verantwoordelijk is voor de fatale afloop (Piette & De Letter, 2013).

Het doodsmechanisme echter verwijst naar een gewijzigde fysiologische en/of biochemische staat van het lichaam die het overlijden uiteindelijk veroorzaakt (bv. hersendood)(Piette & De Letter, 2013).

Bij een overlijden dient men vervolgens ook na te gaan hoe de doodsoorzaak tot stand kwam. Dit wordt aangeduid met het begrip “*aard van overlijden*”. De aard van overlijden omvat twee categorieën: een natuurlijke of niet-natuurlijke dood.

Een natuurlijke dood is een overlijden ten gevolge van ouderdom en/of ziekte, hetzij door een vooraf bestaand medisch probleem (bv. aangeboren hartafwijking), hetzij door een acuut medisch probleem (bv. fulminante longontsteking), of beide (Piette & De Letter, 2013).

Men spreekt van een *niet-natuurlijke dood* als het overlijden het gevolg is van een uitwendige factor. Hiermee wordt bedoeld dat het overlijden zeer waarschijnlijk niet op dat moment zou hebben plaatsgevonden als de uitwendige factor er niet was geweest. Onder een niet-natuurlijke dood vallen een ongeval, een zelfdoding, een criminele daad (doodslag of moord) en euthanasie. Een niet-natuurlijk overlijden hoeft dus niet steeds het gevolg te zijn van “geweldpleging door derden” (Piette & De Letter, 2013).

Naast een natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden, kan er ook sprake zijn van een onverklaard (of onbekend) overlijden. Hierbij kan geen onmiddellijke doodsoorzaak worden aangewezen en kan in eerste instantie dus geen onderscheid gemaakt worden tussen een natuurlijk en niet-natuurlijk overlijden (Soerdjbalie-Maikoe, 2013).

2.3 Child Death Review: belang, ontstaan en evolutie

“A purposeful look backward is often the wisest way to move forward” (Pollack, 2009).

Een Child Death Review is een retrospectieve, systematische en multidisciplinaire analyse van kindersterfgevallen, waarbij men de omstandigheden van het overlijden tracht te achterhalen en te begrijpen (Brixey et al., 2011; Mazzola et al., 2013; Wirtz et al., 2011). Professionals uit verschillende disciplines komen op lokaal en/of nationaal niveau samen om informatie te delen en te bespreken aangaande de minderjarige en diens familie. Daarnaast worden ook de feiten die leidden tot het overlijden besproken, zodat trends en factoren geïdentificeerd kunnen worden (Brookman & Nolan, 2006; Johnson, 2004; Schnitzer et al., 2008). De multidisciplinaire bespreking mondt vervolgens uit in het formuleren van aanbevelingen en het nemen van maatregelen (Pollack, 2009; Quan et al., 2011).

Het belang van een Child Death Review schuilt bijgevolg in de mogelijkheid om een globale visie te ontwikkelen over kindersterfte, maar ook om maatregelen te nemen ter preventie van vergelijkbare sterfgevallen in de toekomst (Labbé, 2005). Een review zal onder andere de kwaliteit van de medische zorg en voorafgaande begeleidingstrajecten onder de loep nemen, zowel als de risicofactoren die gepaard gaan met accidentele overlijdens. Child Death Review kijkt naar een breed spectrum van oorzaken en verbanden, wat de maatschappij heel belangrijke inzichten over kindersterfte oplevert.

Uit de internationale literatuurstudie blijkt dat Child Death Reviews vaak ontstaan na het ontdekken van flagrante gevallen van kindermishandeling, met het overlijden van een minderjarige als gevolg. Deze gevallen brengen de onbekwaamheid van bepaalde schakels in het systeem, zoals de kinderbescherming en de strafrechtsbedeling, aan het licht (Crume et al., 2002). Vele landen startten dan ook aanvankelijk met het reviewen van overlijdens ten gevolge van kindermishandeling. Deze focus werd in de loop der jaren echter aanzienlijk uitgebreid naar het reviewen van alle kindersterfgevallen (T. Covington & Johnston, 2011).

Daarnaast ligt de oorsprong van vele Child Death Reviews op het lokale niveau. Wanneer een zaak aan het licht komt, wordt deze in eerste instantie besproken door de nauw betrokken instanties. Deze besprekingen monden vaak uit in de constatacie dat men nood

heeft aan een uniform systeem op nationaal niveau. Child Death Review heeft dus een grondslag in de praktijk. Dit is één van de succesfactoren, omdat het zo goed als onmogelijk is om nieuwe regels in te voeren zonder de steun van het werkveld. Het ontwikkelen van een Child Death Review is dan ook duidelijk een proces van jaren (figuur 1). Men kwam immers tot de vaststelling dat, naast de steun van het praktijkniveau, eveneens degelijke onderzoeksprotocollen en standaardformulieren nodig zijn voor het registreren, onderzoeken en reviewen van alle overlijdens. Pas na het invoeren van dergelijke werkinstrumenten is het mogelijk om een effectieve Child Death Review op te richten.

De Child Death Review methodiek wordt sinds enige tijd gehanteerd door verschillende landen, zoals de Verenigde Staten (VS), Canada, Australië, Nieuw-Zeeland en het Verenigd Koninkrijk (VK). Dit zijn eveneens de landen die in dit onderzoeksrapport aan bod komen. Aangezien sommige van hen over een aanzienlijk aantal staten of provincies beschikt, werd hier een selectie in gemaakt. We opteerden voor het opnemen van Michigan (VS), British Columbia (Canada), New South Wales (Australië), Engeland en Wales (VK). Dit rapport paste voor het selecteren van landen en regio's een doelgerichte steekproef toe, waarbij de keuze gebaseerd werd op de aanwezigheid en de kwaliteit van een Child Death Review (Silverman, 2000). In dit geval gaat het om landen en regio's met een concreet uitgewerkte Child Death Review, waar in de internationale vakliteratuur regelmatig naar verwezen wordt. Hoewel dit onderzoek op een korte termijn verwezenlijkt werd, tracht het op deze manier toch een voldoende breed overzicht van de actuele situatie weer te geven.

LAND	OPRICHTING CDR
VS	1978
Canada	Jaren '90
Australië	1995
Nieuw-Zeeland	2001
Engeland	2006
Wales	2009 (piloot) 2011 (definitief)
Nederland	2010 (piloot)

Figuur 1: Internationaal overzicht van het ontstaan van Child Death Review.

Dit rapport bevat geringe informatie over de situatie in de ons omringende landen. Frankrijk, Duitsland en Nederland hebben immers nog geen Child Death Review, maar zijn wel een evolutie aan het doormaken. Duitsland en Nederland werken sinds 2009 namelijk samen om de haalbaarheid van het uitvoeren van een Child Death Review te onderzoeken (Boere-Boonekamp et al., 2013). Beide landen startten met een pilootproject onder de noemers "Plötzlicher Kindstod" en "Serrafim"⁸. De Nederlandse gegevens over dit project zijn beperkt, waardoor geen gedetailleerde beschrijving in dit rapport mogelijk is. De Duitse resultaten zijn evenmin online beschikbaar. Er werd navraag gedaan bij de verantwoordelijke

⁸Systematic Evaluation with Risk analysis and Review of Adverse Factors in Infant and Child Mortality

onderzoeksgroep, maar de resultaten werden helaas niet vrijgegeven. De Nederlandse NODO-procedure zal echter wel uitvoerig voorgesteld worden (cfr. 2.6.1). Deze heeft betrekking op het Child Death Onderzoek naar het onverklaard overlijden van minderjarigen.

2.4 Randvoorwaarden voor een Child Death Review

Er zijn twee absolute randvoorwaarden om een retrospectieve Child Death Review van overlijdens te kunnen uitvoeren. *Allereerst* is een correcte bepaling van de aard van overlijden (natuurlijk of niet-natuurlijk) noodzakelijk. Deze bepaling situeert zich op het niveau van de overlijdensattestering (cfr. 2.4.1). Indien de aard van overlijden echter niet onmiddellijk duidelijk is en de vaststellende arts bijgevolg niet kan zeggen of het een natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden betreft, is in de *tweede plaats* een kwaliteitsvol Child Death Onderzoek nodig (cfr. 2.4.2). Dergelijk onderzoek bekijkt zowel de medische, sociale als de justitiële context van de overledene en zijn of haar omgeving.

2.4.1 Overlijdensattestering

Een correcte en sluitende overlijdensattestering is een eerste voorwaarde voor een kwalitatieve Child Death Review. Een goede overlijdensattestering zorgt namelijk voor een duidelijk overzicht van het aantal kindersterfgevallen en de mogelijke doodsoorzaken. Eens men over dit overzicht beschikt, kan men in een tweede fase overgaan tot het formuleren van preventieve maatregelen in het kader van een Child Death Review.

Het internationale juridische kader over de overlijdensattestering verschilt grotendeels van de Belgische praktijk, die in detail wordt besproken in paragraaf 3.3.1. De literatuurstudie toonde aan dat het overlijden internationaal vaak door de behandelende arts wordt geattesteerd, wat in België niet altijd het geval is. In België kan eender welke arts zonder band met de patiënt het overlijden attesteren. Door een gebrek aan medische voorkennis van de niet-behandelende arts is het daarom mogelijk dat het overlijden in deze gevallen niet correct geattesteerd wordt.

Bovendien trachtten bepaalde landen de kwaliteit van de overlijdensattestering te verbeteren door de invoering van een overlegplicht tussen de vaststellende (en in sommige gevallen behandelende) arts en een tweede arts met bijzondere expertise ter zake.

In Nederland werkte men voor sterfgevallen van minderjarigen een aparte regeling uit, die van kracht ging na een wijziging van de Wet op de Lijkbezorging (cfr. bijlage 6). Sinds 1 januari 2010 moet de behandelende arts er bij elk overlijden van een minderjarige contact opnemen met een forensische arts en moeten zij onderling overleg plegen. Bij een overtuigd natuurlijk overlijden, met gekende doodsoorzaak, vult de behandelende arts de overlijdensverklaring in. Indien er aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijk overlijden, wordt de Officier van Justitie ingeschakeld om het verdere verloop van het onderzoek te bepalen. Bovendien mag de verklaring van overlijden in dit geval enkel ingevuld worden door een forensische arts (Karst, 2014).

Landen als Engeland, Wales, Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten doen beroep op een coroner of een medical examiner in geval van een niet-natuurlijk of onverklaard overlijden, en soms zelfs indien de overledene tot veertien dagen voor het overlijden geen dokter heeft geraadpleegd (Australian Bureau of Statistics, 2003; Das & van der Wal, 2001). Coroners of medical examiners, die een onafhankelijk mandaat uitoefenen, beschikken als gerechtelijk ambtenaar met juridische en/of medische kwalificaties over bijkomende expertise en voeren een uitgebreid onderzoek uit. Dit onderzoek bestaat uit een autopsie en een onderzoek van de omstandigheden van het overlijden (HMSO, 2003). Behoudens natuurlijke overlijdens waarbij de behandelende arts het overlijdensattest invult, is de coroner ook steeds bevoegd voor het invullen van het overlijdensattest bij niet-natuurlijke en onverklaarde overlijdens (Das & van der Wal, 2001).

Ondanks de betrokkenheid van de forensische arts of de coroner in de zonet beschreven landen, blijft de beslissingsbevoegdheid voor de vaststellende of behandelende artsen nog steeds problematisch. Indien de arts verklaart dat het om een natuurlijk overlijden gaat, wordt de coroner immers niet bij het proces betrokken. Engeland en Wales zullen daarom vanaf april 2014 een nieuwe regeling invoeren. Waar de coroner bevoegd blijft voor de niet-natuurlijke overlijdens, zullen de overlijdensverklaringen van natuurlijke sterfgevallen gecontroleerd worden door een medical examiner (HMSO, 2003; Maclaughlan & Wells, 2012). Op deze manier moet de attestering zeer sluitend worden. De Verenigde Staten proberen eveneens aan de attesterings- en registratieproblemen tegemoet te komen. Ondanks de grote verscheidenheid over de vijftig staten heen, beschikken al twaalf staten over een online rapporteringssysteem (Pollack, 2009). Deze inspanningen tonen aan dat men zich internationaal bewust is van de attesteringsproblematiek. Crume et al. (2002) benadrukten eerder al dat overlijdensattesten een onbetrouwbare informatiebron zijn. Vooral de onderrapportage van gevallen van kindermishandeling valt op in enkele internationale studies.

2.4.2 Child Death Onderzoek

Child Death Onderzoek impliceert een gesystematiseerd, multidisciplinair en prospectief onderzoek van bepaalde types van overlijdens bij minderjarigendoor een gespecialiseerd team (Mazzola et al., 2013). Enerzijds moet dit Child Death Onderzoek duidelijkheid brengen over de effectieve doodsoorzaak en de aard van het overlijden en anderzijds worden ook de omstandigheden van het overlijden in kaart gebracht (Schnitzer et al., 2008).

In de internationale literatuur onderscheiden we twee mogelijke benaderingen van Child Death Onderzoek. Allereerst zijn er onderzoeksprotocollen voor alle minderjarigen die “plots en onverwacht” overlijden. Anderzijds zijn er landen (bv. NODO-procedure in Nederland, cfr. 2.6.1) die de doelgroep van de te analyseren overlijdens vernauwen en zich enkel en alleen tot “onverklaarde overlijdens” van minderjarigen beperken.

2.4.2.1 Internationale onderzoeksprotocollen voor “plotse en onverwachte overlijdens” van kinderen

Landen zoals Wales en Engeland en regio's zoals New South Wales doen na de vaststelling van een “plots en onverwacht overlijden” een zorgvuldig onderzoek naar dit overlijden, wat bekend staat als een Child Death Onderzoek. Het plotse en onverwacht overlijden van een zuigeling (kind onder één jaar) wordt in de literatuur omschreven als Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI). Voor plotse en onverwachte overlijdens bij kinderen ouder dan één jaar spreekt men van Sudden Unexpected Death in Childhood (SUDC)(Fleming et al., 2004). Er bestaat geen internationaal aangenomen definitie voor SUDI, noch voor SUDC. Maar wat verstaat men nu onder een “plots en onverwacht” overlijden van een kind? Bovenstaande landen hebben elk hun definitie hieromtrent. Een goede definitie is bijvoorbeeld de Engelse, die een plots en onverwacht overlijden definieert als “het overlijden van een minderjarige waarbij de minderjarige tot 24 uur voordien ogenschijnlijk in een gezonde toestand verkeerde of waarbij een onverwacht incident de aanleiding was” (Department for Education, 2013a). Deze definitie is erg breed en hieronder vallen dus verschillende soorten overlijdens. Het onverwachte overlijden kan een gekende doodsoorzaak hebben, bv. het overlijden door een (auto-)ongeval, trauma of vergiftiging, of kan geen duidelijke doodsoorzaak hebben (Fleming & Blair, 2000; Howatson, 2006). Wiegendood is een vorm van plots en onverwacht overlijden bij een zuigeling (SUDI) en wordt gedefinieerd als een plots en onverwacht overlijden van een zuigeling tijdens de slaap, dat onverklaard blijft ondanks grondig onderzoek van de plaats en omstandigheden van overlijden, een uitgebreid multidisciplinair medisch-technisch onderzoek (inclusief autopsie) en een grondige inspectie van de medische, sociale en justitiële context.

In het verleden hadden Wales en Engeland enkel een specifiek onderzoeksprotocol voor zuigelingen die plots en onverwacht overleden (“Kennedy protocol” in Engeland, het “best practice” protocol in Wales)(Naughton, 2006; The Royal College of Pathologists & The Royal College of Paediatrics and Child Health, 2004; M. A. Weber & Sebire, 2009). Deze onderzoeksprotocollen werden in de loop der jaren uitgebreid en zijn nu van toepassing op alle plotse en onverwachte overlijdens van minderjarigen, in plaats van enkel de zuigelingen. Het Engelse Kennedy protocol bijvoorbeeld werd overgenomen in de overheidsrichtlijn “Working together to safeguard children” en uitgebreid naar alle kindersterfgevallen tot de volle leeftijd van 17 jaar (Naughton, 2006; The Royal College of Pathologists & The Royal College of Paediatrics and Child Health, 2004). In Wales is sinds 2010 het eerder vermelde “best practice” protocol uitgebreid en vervangen door de PRUDiC (Procedural Response to Unexpected Deaths in Childhood) procedure.

Het Engelse protocol voorziet bij een onverwacht overlijden een melding aan de coroner en aan de politie indien de doodsoorzaak niet-natuurlijk of onbekend is⁹. De PRUDiC procedure in Wales voorziet eveneens een melding aan de coroner bij een onverwacht overlijden. De coroner zal dan in samenspraak met de Senior Investigating Officer (SIO) van de politie en

⁹Voor een beschrijving van de Rapid Response procedure verwijzen we graag naar bijlage 7.

de PRUDiC practitioner beslissen welke elementen van het PRUDiC proces uitgevoerd worden. De PRUDiC procedure wordt eveneens uitvoerig besproken in bijlage 8.

Tot slot heeft ook New South Wales een richtlijn voor het onderzoeken van SUDI's en SUDC's. Deze kwam er naar aanleiding van een uitgebreid rapport van het Child Death Review Team. Hierop werd een beleidsnota uitgeschreven door het departement Volksgezondheid voor het onderzoek van plotse en onverwachte overlijdens van kinderen (NSW Child Death Review Team, 2005).

2.4.2.2 Internationaal onderzoeksprotocol voor “onverklaarde overlijdens” van kinderen

In tegenstelling tot de landen die over een procedure beschikken voor alle plotse en onverwachte overlijdens van kinderen, concentreert Nederland zich op minderjarigen die sterven aan een, in eerste instantie, onverklaarde dood. Er wordt gesproken van “onverklaard overlijden” zolang de doodsoorzaak nog niet achterhaald is. Deze vaststelling moet worden gezien als een procedurele tussenstap. Als na het uitgebreid aanvullend Child Death Onderzoek de doodsoorzaak nog steeds niet te bepalen is en er geen aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijke dood, wordt er gesproken van een natuurlijke dood of wiegendood indien het zuigelingen betreft (NODO-Commissie, 2006).

In Nederland had men initieel een onderzoeksprotocol specifiek voor kinderen tot de leeftijd van twee jaar die onverwacht overleden vermoedelijk ten gevolge van wiegendood. Het benodigde onderzoek bij een onverwacht overleden zuigeling staat beschreven in een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en wordt het “handelingsprotocol na wiegendood” genoemd. Het protocol werd in 2009 opgesteld door de Landelijke Werkgroep Wiegendood en geeft aan welke handelingen moeten gesteld worden bij een vermoeden van wiegendood. Eerst polst een vragenreeks naar eventuele differentiële diagnoses. Daarnaast voorziet men procedures voor een postmortaal pediatrisch onderzoek, uitgevoerd door een kinderarts, alsook een pathologisch onderzoek (in het bijzonder de obductie), verricht door een (kinder)patholoog. Voor de obductie is steeds de toestemming van de ouders vereist, net als voor de schedelobductie (LWW, 2011).

Sinds 1 oktober 2012 beschikt Nederland nu over een procedure met bijhorend protocol voor alle onverklaarde overlijdens van minderjarigen, namelijk de NODO-procedure. De ontwikkeling van dit NODO-protocol werd gekoppeld aan een wijziging van de wet op de lijkbezorging. Sinds 1 januari 2010 is de behandelende arts verplicht om bij elk overlijden van een minderjarige te overleggen met een forensisch arts. Een uitgebreide bespreking van de NODO-procedure komt aan bod in punt 2.6.1.

Het NODO-onderzoek is uitdrukkelijk neutraal van aard, gericht op het vaststellen van de doodsoorzaak indien het overlijden van een kind niet direct verklaard kan worden. De NODO-procedure is dus géén strafrechtelijke procedure. De Officier van Justitie zal hier in eerste instantie niet worden ingelicht. Mocht er tijdens de NODO-procedure op enig moment de verdenking van een strafbaar feit ontstaan, dan wordt de NODO-procedure onmiddellijk

beëindigd en zal de Officier van Justitie door de NODO-forensisch arts worden ingelicht (NODO-Commissie, 2006). Het karakter van de NODO-procedure is dus wezenlijk anders dan een opsporingsonderzoek onder leiding van een Officier van Justitie.

2.4.2.3 Belang onderzoeksprotocol

Door te werken in overeenstemming met de richtlijnen van een protocol wordt elk plots en onverwacht overlijden in principe op uniforme wijze en beantwoordend aan kwaliteitseisen onderzocht. Het achterhalen van de doodsoorzaak van kinderen is essentieel, in het bijzonder vanuit preventief oogpunt. Om een degelijk Child Death Onderzoek uit te voeren, houdt men vast aan een drieluik. Men moet beschikken over (1) medische, (2) sociale en (3) justitiële contextinformatie.

Verder is er het juridisch belang van het onderzoeksprotocol. In België is de arts bij het invullen van het overlijdensattest verplicht om de aard van overlijden te bepalen en aan te duiden of er al dan niet gerechtelijk-geneeskundig bezwaar is. De aard van overlijden is uiteindelijk doorslaggevend voor het verdere verloop van de zaak. Een grondig onderzoek kan bijvoorbeeld gevallen van kindermishandeling en –verwaarlozing, die in eerste instantie onopgemerkt bleven, aan het licht brengen. Een strafrechtelijk onderzoek kan opgestart worden en verantwoordelijke instanties kunnen dan eveneens maatregelen nemen om eventueel andere kinderen uit het gezin te beschermen.

Tot slot hangt er ook een sociaal belang vast aan het onderzoeksprotocol. Het is belangrijk voor de nabestaanden om een verklaring voor het overlijden te vinden, zodat ze aan het rouwproces kunnen beginnen. Wanneer een kind overlijdt, worden de ouders, of andere familieleden of betrokkenen, vaak als eerste verdachte aanzien ondanks het feit dat zij niet verantwoordelijk hoeven te zijn voor het overlijden. Het belasten van ouders met een politieel onderzoek en mogelijk valse beschuldigingen zorgt dan ook mogelijk voor een schuldgevoel en extra leed (Howatson, 2006). Daarenboven moet men nagaan of er erfelijke aspecten aanwezig zijn, die eveneens van toepassing kunnen zijn op andere gezinsleden zoals broers en zussen. Een onderzoeksprotocol speelt dus een cruciale rol voor het getroffen gezin (Jenny & Isaac, 2006).

Bij jonge kinderen is het echter zeer moeilijk tot onmogelijk om een onderscheid te maken tussen wiegendood, accidentele zachte verstikking (of versmoring¹⁰) en opzettelijke zachte verstikking, bv. met een kussen. Accidentele versmoring kan bij een gebrek aan lichamelijke bewijzen perfect als wiegendood worden gecatalogiseerd. In dit geval kunnen de anamnese en het onderzoek op de plaats van het overlijden meer aanwijzingen opleveren. Alleen door alle omstandigheden in acht te nemen en een volledige indruk te krijgen van het kind, zijn of haar voorgeschiedenis, het gezin en de omstandigheden ter plekke van het overlijden, kan een uiteindelijke conclusie getrokken worden (Engelberts, 2013).

¹⁰ Versmoring is de afsluiting van de mond en neus door een mechanische hindernis (Piette & De Letter, 2013).

2.5 Internationale pijlers van een Child Death Review

Het literatuuroverzicht van de internationale Child Death Review praktijk wordt in dit rapport voorgesteld aan de hand van de structurele en procesmatige pijlers waaruit deze praktijk is opgebouwd. Deze pijlers vormen de basis van een Child Death Review en zijn dan ook essentieel voor de verdere uitwerking van het voorstel van aanpak in deze studie. Voor een overzicht van de pijlers per land verwijzen we naar de bijlagen 7 tot 13, respectievelijk voor Engeland, Wales, Nederland, New South Wales (Australië), British Columbia (Canada), Nieuw-Zeeland en Michigan (VS).

2.5.1 Structurele pijlers

De structurele pijlers van de Child Death Review die hiernavolgend besproken worden, bestaan uit: de doelstelling, coördinatie, organisatie, bevoegde overheid, wetgeving en financiering.

2.5.1.1 Doelstelling

De centrale doelstelling van een Child Death Review is het verminderen van het aantal kindersterfgevallen. Het leerproces ten gevolge van de review is dus gericht op preventie, en niet op het identificeren van een falen in de aanloop naar het overlijden.

Een review tracht deze doelstelling te bereiken door de omstandigheden van het overlijden te analyseren. Hieruit valt af te leiden welke preventieve maatregelen vereist zijn om vergelijkbare sterfgevallen in de toekomst te vermijden (Brixey et al., 2011). De Child Death Review teams bevinden zich in een unieke positie om risicofactoren aan te kaarten en om bepaalde doelgroepen te sensibiliseren over het verbeteren van de gezondheid en de veiligheid van kinderen (Douglas & Cunningham, 2008; Johnston et al., 2011; Shapiro-Mendoza et al., 2012). Ongevallen komen immers voor in de meest zorgzame gezinnen. Zolang de oorzaken van kindersterfgevallen niet goed begrepen worden, is het heel moeilijk om effectieve preventieprogramma's op te stellen (Welch & Bonner, 2013).

Daarnaast wordt de preventie van kindersterfgevallen nagestreefd door te focussen op de kwalitatieve werking van instanties. De Child Death Review kijkt dan naar de samenwerking van verschillende actoren die een rol speelden in het leven van de minderjarige (Johnston et al., 2011). Men gaat bijvoorbeeld na of het kinderbeschermingssysteem goed gecoördineerd is met de strafrechtsbedeling (Pollack, 2009). De aanbevelingen die hieruit volgen, streven dus een optimalisatie van het casemanagement en de zorg na (Wirtz et al., 2011).

Verder zal de preventie ook gebaseerd worden op statistische gegevens (Bunting & Reid, 2005). Men tracht in de statistieken bepaalde trends te ontdekken en binnen deze trends gaat men kijken naar de zogenaamde "modifiable factors". Dit zijn de factoren die hebben bijgedragen tot het overlijden en die mogelijk te voorkomen zijn in de toekomst. We geven hierbij het voorbeeld van Wales, waar uit een thematische review bleek dat het niet-dragen

van een gordel een cruciale factor is in auto-ongevallen bij jongeren (Humphreys, Price, et al., 2013).

2.5.1.2 Coördinatie

Vervolgens gaan we na op welk bestuurlijk niveau Child Death Reviews internationaal gecoördineerd of mogelijk gemaakt worden. We starten met een concreet voorbeeld. Engeland beschikt over regionale Local Safeguarding Children Boards (LSCB), die in 2008 bij wet verplicht werden om een Child Death Review op te richten. Daarnaast werden ook nationale richtlijnen uitgewerkt die de aanpak van een Child Death Review proces beschrijven en die ervoor moeten zorgen dat alle LSCB's volgens eenzelfde protocol werken. Wales, dat in paragraaf 2.6.2 uitgebreid aan bod komt, werkt eveneens op deze manier. De processen in Nieuw-Zeeland, met het National Mortality Review Program (NMRP), en Nederland, met de NODO-procedure, verlopen evenzeer nationaal gecoördineerd (Vincent, 2013).

De overige landen (Verenigde Staten, Australië en Canada) werken niet volgens een nationaal gecoördineerd systeem. Zij lieten de regionale en lokale niveaus vrij om hun eigen protocol uit te werken. Sommige staten in de VS hebben bijvoorbeeld een uniform proces voor al hun counties, maar in staten zoals Michigan mogen de counties hun eigen voorwaarden stellen (Bunting & Reid, 2005).

De internationale literatuur bracht dus twee methoden voor de coördinatie van een Child Death Review naar voor. Enerzijds een nationaal systeem, waarbij alle lokale eenheden tewerk gaan volgens eenzelfde protocol. Anderzijds een regionaal proces, waarbij de lokale teams elk hun eigen aanpak hanteren. Uit de voorgaande analyse blijkt dat een nationaal systeem de ideale basis is voor het opstarten van een Child Death Review. Aangezien alle regio's, staten of provincies volgens hetzelfde proces werken, komt dit de uniformiteit alleen maar ten goede en kunnen best practices uitgewisseld worden. Deze uniformiteit maakt het bovendien mogelijk regionale data onderling op een correcte manier met elkaar te vergelijken en zo nationale trends te identificeren (Bunting & Reid, 2005).

2.5.1.3 Organisatie

Daar waar de vorige paragraaf betrekking had op het bestuurlijk niveau dat de Child Death Review coördineert, slaat de organisatie op het niveau waarop de Child Death Review uitgevoerd wordt. We onderscheiden hierin drie mogelijkheden.

Ten eerste zijn er Child Death Reviews die zowel regionaal¹¹ als lokaal georganiseerd zijn, waarvan Engeland en de Verenigde Staten twee voorbeelden zijn. We grijpen even terug naar de werking van Engeland. Engeland heeft een nationaal gecoördineerd systeem. De uitvoering ervan gebeurt echter op regionaal en lokaal niveau. Het zijn namelijk de regionale LSCB's en hun lokale dochterinstanties, de Child Death Overview Panels (CDOP), die

¹¹Regionaal houdt in: op het niveau van de staten, districten en provincies.

instaan voor de operationalisering van het Child Death Review proces. De Verenigde Staten beschikken dan weer over Child Death Review teams op het niveau van de county, de regio en/of de staat. Welk niveau gekozen wordt, hangt af van de bevolkingsgrootte en het aantal kindersterfgevallen (Douglas, 2008). Michigan beschikt bijvoorbeeld over een Child Death Review team op het niveau van de counties en op het niveau van de staat zelf (Shannon & Gibbons, 2012).

Ten tweede organiseren bepaalde landen hun Child Death Review enkel op het regionale niveau. Nieuw-Zeeland gebruikt een gelijkaardig systeem als Engeland (Vincent, 2013). Zij beschikken over regionale comités, Local Child and Youth Mortality Review Groups (LCYMRG), die ingedeeld worden volgens de bestaande districten. Het enige verschil met Engeland is echter dat Nieuw-Zeeland een overkoepelend nationaal comité heeft: het Child and Youth Mortality Review Committee (CYMRC). Het comité focust enkel op algemene informatie van sterfgevallen om trends te ontdekken en preventiestrategieën op te stellen, waar de lokale groepen de omstandigheden van het overlijden gaan bespreken (Shannon & Gibbons, 2012). Australië organiseert haar Child Death Review eveneens regionaal. Iedere staat heeft er zijn eigen Child Death Review Team, al dan niet wettelijk bepaald. Het grote verschil met Nieuw-Zeeland is echter dat Australië geen nationaal overkoepelend orgaan heeft. Alle staten werken op zichzelf, zonder hun informatie nationaal te delen (Lamont, 2010). Canada sluit ten slotte het rijtje van de regionaal georganiseerde Child Death Review systemen. Momenteel beschikken echter slechts enkele Canadese provincies of territoria over een formeel Child Death Review proces.

Een derde en laatste mogelijkheid voor de organisatie van een Child Death Review wordt toegepast in Wales. In tegenstelling tot de voorgaande landen vertrouwt Wales de uitvoering van de review enkel toe aan het nationale niveau (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). De precieze werking van het Welshe Child Death Review proces komt aan bod in paragraaf 2.6.2.

Om een zo goed mogelijke link te creëren tussen het nationale beleidsniveau en de praktijk is een implementatie op het regionale en/of lokale niveau de meest aangewezen optie. Het lokaal niveau beperkt zich dan tot de diepgaande reviews, terwijl het nationaal niveau de aanbevelingen van het lokaal niveau ontvangt en analyseert. De aanbevelingen van het nationale niveau zijn daardoor sterk evidence-based, wat meestal tot heel wat bijval van het praktijkniveau leidt.

2.5.1.4 Bevoegde overheid

Wat betreft de bevoegde overheid voor de Child Death Review zien we in de internationale literatuur dat het zwaartepunt vooral bij het departement Volksgezondheid ligt. Zoals paragraaf 2.5.2.5 zal aantonen, heeft dit vooral te maken met de mogelijke aanpak van de review. Men is dan niet alleen geïnteresseerd in een grondige case studie, maar hecht ook veel belang aan statistieken en trends rond het welzijn van kinderen. Landen die voor Volksgezondheid kiezen, zijn onder andere Wales en Nieuw-Zeeland alsook de Amerikaanse

staat Michigan (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012; Humphreys, Greenacre, et al., 2013; NSW Ombudsman, 2011).

Ondanks het overheersen van Volksgezondheid zijn er toch enkele uitzonderingen op de regel. De Canadese provincie British Columbia opteert bijvoorbeeld voor het departement Justitie om de informatie-uitwisseling tussen het Child Death Review proces en de coroner vlot te laten verlopen (Shannon & Gibbons, 2012). In Engeland behoort het Child Death Review proces dan weer tot het departement Onderwijs. Dit departement ontwikkelde een beleidslijn die zich richt op kinderen en jongeren, waarbinnen de pijler “*safeguarding children*” zich inzet voor het review proces (The Secretary of State for Education and Skills, 2006). Het proces in Australië is toebedeeld aan de onafhankelijke Ombudsman. Deze neutrale focus komt terug in de aanpak van hun review, waarbij vooral de nadruk ligt op het distilleren van algemene bevindingen. Bij het formuleren van de aanbevelingen ligt de nadruk dus niet op één deeldomein, zoals kindermishandeling. De staat New South Wales bespreekt bijvoorbeeld enkel de statistieken in hun geheel, om op die manier algemene trends naar voor te brengen (NSW Government, 2011).

De toewijzing aan het departement Volksgezondheid heeft als voordeel dat de review een preventiegericht karakter krijgt. Het nadeel is echter dat men instanties in dergelijk kader niet kan dwingen om informatie door te geven. Dit is dan weer het voordeel van een Child Death Review systeem dat onder het departement Justitie valt, gezien het dwingend karakter. Daar staat tegenover dat een Child Death Review proces onder Justitie haar preventiegericht karakter verliest en inruilt voor een strafrechtelijk karakter. We kunnen hieruit concluderen dat elke aanpak dus zijn voor- en nadelen heeft.

2.5.1.5 Wetgeving

Aansluitend gaat deze pijler dieper in op de wetgeving. Aangezien een diepgaande juridische analyse ons te ver zou leiden, houden we het in dit rapport bij een bondige bespreking van de internationale situatie. We maken kortweg een onderscheid tussen twee opties: de overheid kan instanties via een wettelijke basis (op nationaal, regionaal of lokaal niveau) verplichten om een Child Death Review op te richten, of instanties zijn op geen enkele manier gebonden en staan vrij om een review te ontwikkelen.

Engeland en Nieuw-Zeeland zijn landen die een nationaal wettelijk kader voorzien (Ornstein et al., 2013). Sinds 2008 zijn delen van het Engelse Child Death Review proces verankerd in een aantal wetten, waaronder de Children Act 2004 en de Coroners (Amendment) Rules 2008. Nieuw-Zeeland regelt de werking van haar nationaal review programma in de Public Health and Disability Act 2000 (Health Quality and Safety Commission, 2014).

“HQSC may appoint 1 or more committees to carry out any of the following functions that HQSC specifies by notice to the committee: (a) to review and report to HQSC on specified classes of deaths of persons, or deaths of persons of specified classes, with a view to reducing the numbers of deaths of those classes or persons, and to continuous quality improvement through the promotion of ongoing quality assurance

programmes [...] (New Zealand Public Health and Disability Act 2000, sectie 59E, p.56)(Ministry of Health, 2013)

Landen als Canada, de Verenigde Staten en Australië voorzien daarentegen geen nationaal bindende wetgeving voor het oprichten van een Child Death Review (Ornstein et al., 2013). De provincies of staten van deze landen hebben toch de mogelijkheid om hun eigen wetgeving in te voeren. British Columbia heeft dit bijvoorbeeld zo aangepakt door de Child Death Review Unit te verankeren in de Coroners Act 2007 (Shannon & Gibbons, 2012). Dit is eveneens het geval in de Verenigde Staten, waar Michigan haar Child Death Review programma vastlegde in de Child Protection Law Public Act 1997. New South Wales richtte haar Child Death Review Team dan weer op onder de Community Services Act van 1993 (NSW Child Death Review Team & NSW Ombudsman, 2012).

Wales is ten slotte één van de landen die geen specifieke wetgeving voor de Child Death Review ontwikkelde. De oprichting en werking ervan worden ondersteund door fragmenten in bestaande wetteksten, zoals de Children Act 2004 (Busby, 2009).

De algemene opvatting is niettemin dat een verplichtend karakter toch wel essentieel is voor een effectieve werking van een Child Death Review. Niet alleen om er zeker van te zijn dat alle regio's van het land volgens dezelfde richtlijnen werken, maar vooral om de kwaliteitscriteria vast te stellen waaraan de review moet voldoen. Daarnaast is specifieke wetgeving interessant voor het bepalen van de bevoegdheden van de review teams.

“The Coroner’s Act 2007 confers investigatory powers on members of the Child Death Review Unit (CDRU) [aanvulling van het onderzoeksteam]. [...] These include powers to examine the body, inspect locations relevant at the time of the child’s death, seize anything believed to be relevant to the investigation, require a person to attend before the reviewer, and to inspect, copy and seize relevant records” (Shannon & Gibbons, 2012).

Idealiter worden ook de informatieverzameling en –uitwisseling wettelijk geregeld, omdat men zo aangeeft in welke situaties instanties wel en geen informatie kunnen of moeten geven. Anders blijkt het in de praktijk heel moeilijk om de nodige gegevens te verzamelen bij alle betrokken instanties.

“It is the duty of each of the following persons to provide the Team with full and unrestricted access to records that are under the person’s control, or whose production the person may, in an official capacity, reasonably require, being records to which the Team reasonably requires access for the purpose of exercising its function.” (Community Services Act, 1993, part 5A division 3-34K, p.17)(Legislative Council and the Legislative Assembly of New South Wales, 2011)

“[...] a member of the CDRU may refuse to disclose any information collected in the course of a review until the review is completed.” (part 6 – 64)(BC Parliament, 2007)

Het moet wel benadrukt worden dat de oprichting van een Child Death Review niet onmogelijk is zonder een wetgevend kader. De meeste landen implementeerden hun review teams al voor ze wettelijk erkend werden. In de Verenigde Staten, waar Child Death Reviews sinds de jaren '70 bestaan, duurde het tot 2001 vooraleer 67 procent van de staten een wettelijk kader had dat als basis diende voor het uitvoeren van een review (Douglas & Cunningham, 2008).

2.5.1.6 Financiering

Als afsluiting van de structurele pijlers, vestigen we even de aandacht op het financiële aspect van een Child Death Review. Vincent (2013) maakte een overzicht van de financiering van Child Death Reviews in verschillende landen. Vijf van de zeven besproken landen financieren hun Child Death Review met federale middelen of middelen van de staat/provincie. Het gaat hier om Australië, Canada, Nieuw-Zeeland, Wales en Engeland.

In Australië en Canada worden de Child Death Reviews bekostigd door de provincies en de staten zelf (Vincent, 2013). In Nieuw-Zeeland echter wordt het nationaal programma gefinancierd door de Nieuw-Zeelandse overheid. Ongeveer 54 procent van het totale budget voor de nationale review comités gaat naar de Child and Youth Mortality Review (Bellett et al., 2013). Het Welshe Child Death Reviewprogramma wordt eveneens gefinancierd door de overheid en dit tot maart 2014 (Humphreys, Price, et al., 2013). Engeland beschikte voor een periode van drie jaar over 62 miljoen euro ter ondersteuning van de Child Death Reviews (Sidebotham et al., 2011; Vincent, 2013). Volgens een onderzoek van Kurinczuk & Knight (2013) krijgt 60 procent van de Engelse CDOP's een gereserveerd budget voor hun Child Death Review. Het budget dat individueel ter beschikking staat van deze CDOP's varieert van 12 000 tot 240 000 euro per jaar, met een gemiddelde van 63 000 euro. Maar liefst 61 procent van dit bedrag wordt gespendeerd aan personeelskosten. De overige kosten gaan onder andere naar training (21%), preventiecampagnes (12%), administratie (3%) en het aanwerven van nieuwe personeelsleden (3%).

In de Verenigde Staten worden Child Death Reviews niet rechtstreeks federaal gefinancierd, maar via federale fondsen. In Michigan bijvoorbeeld staat het Department of Human Services in voor de kosten van het Child Death Reviewprogramma. Deze kosten bedragen jaarlijks om en bij de 500 000 dollar en omvatten onder andere technische ondersteuning aan de lokale teams en de opleiding van teamleden (Shannon & Gibbons, 2012).

Tot slot is er nog het Nederlandse pilootproject in samenwerking met Duitsland. De helft van de kosten (404 792 euro) worden hier gesubsidieerd via het Interreg programma, wat een initiatief is van de Europese Unie ter bevordering van de grensoverschrijdende samenwerking (Interreg Deutschland Nederland, X.). De andere helft van de kosten wordt medegefinancierd door een aantal Nederlandse en Duitse partijen, zoals de Universiteit van Twente en het Ministerie van Jeugd en Gezin (Twente, 2010).

De ontwikkeling van een Child Death Review gaat gepaard met een zekere kostprijs. Internationaal drukt men de wens uit om de implementatie van dit proces te ondersteunen

door financiering van overheidswege, omdat men anders steeds afhankelijk is van de vrijwillige medewerking van experts en instanties. Dit wil echter niet zeggen dat men geen oog moet hebben voor maatregelen die de kosten enigszins drukken, zoals het gebruik van bestaande structuren en instanties. Men kan een meer efficiënte aanwending van de voorziene middelen eveneens nastreven door na een proefperiode te evalueren welke processen en personeelscapaciteiten effectief nodig zijn voor een kwalitatieve Child Death Review.

2.5.2 Procesmatige pijlers

Deze paragraaf bespreekt de belangrijkste procesmatige pijlers met betrekking tot de Child Death Review, zijnde: doelgroep, leeftijdscategorie, teamsamenstelling, databeheer, mogelijke aanpak van een review en rapportering.

2.5.2.1 Doelgroep

De doelgroep is de eerste te behandelen procesmatige pijler. Uit de literatuurstudie blijkt dat de meeste landen alle kindersterfgevallen bespreken. Hieronder verstaat men zowel de natuurlijke en niet-natuurlijke, als de onverklaarde overlijdens. Bij de landen van dit onderzoeksrapport is dit van toepassing op Nieuw-Zeeland, British Columbia (Canada), Engeland en Wales (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012; Department for Education, 2013a; Humphreys, Greenacre, et al., 2013; Shannon & Gibbons, 2012).

De Verenigde Staten zijn een uitzondering op de regel. Zij laten de overheden van het regionale en lokale niveau vrij bij het oprichten van een Child Death Review proces, waardoor niet steeds alle kindersterfgevallen worden bekeken. Parks et al. (2011) toonde aan dat het percentage besproken sterfgevallen in de verschillende staten varieert van 14 tot 100 procent. De lokale Child Death Review teams selecteren hun casussen op basis van criteria die ze zelf opstellen (Shannon & Gibbons, 2012). Deze criteria hangen samen met verschillende factoren, zoals de geografische regio, het jaarlijks sterftecijfer en de toegang tot verschillende informatiebronnen. De grote counties beperken zich meestal tot de zaken die onder de jurisdictie van de medical examiner of de coroner vallen, wat voornamelijk de niet-natuurlijke overlijdens zijn. Deze sterfgevallen worden namelijk beschouwd als beter te voorkomen, omdat men hier vaak meer informatie over heeft (Michigan Child Death State Advisory Team, 2011).

Sommige landen beschikken aanvullend over een apart review proces voor gevallen van kindermishandeling en –verwaarlozing, die onafhankelijk van de Child Death Reviews verlopen. In Australië, en New South Wales in het bijzonder, neemt de Ombudsman deze meestal voor zijn rekening (Lamont, 2010). Engeland en Wales beschikken respectievelijk over Serious Case Reviews en Child Practice Reviews (Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), 2013a, 2013b).

Ondanks de brede focus die het merendeel van de landen momenteel hanteert, moeten we rekening houden met de weg die zij aflegden. Uit de literatuurstudie blijkt namelijk dat de

focus in het begin enkel op fatale gevallen van kindermishandeling lag. Het isoleren van deze groep lijkt een logische eerste stap, omdat al aangetoond werd dat tien procent van alle kindersterfgevallen gekend was bij de kinderbescherming (Parks et al., 2011). Men schakelde echter al snel over naar het bespreken van alle kindersterfgevallen. Overheden moeten immers niet enkel een vermindering van de fatale gevallen van kindermishandeling nastreven, maar ook van het aantal accidentele en natuurlijke overlijdens (Johnson, 2004). Na het eerste levensjaar zijn ongevallen de meest voorkomende doodsoorzaak. De implementatie van preventieprogramma's op aanbevelen van de Child Death Review kan deze mortaliteit enorm verminderen, zoals al uitvoerig aangetoond werd (Johnston et al., 2011). Daarnaast is er nog een veel belangrijkere reden om alle kindersterfgevallen in de review te includeren. In navolging van eerder onderzoek beweren Crume et al. (2002) dat meer dan de helft van de kindersterfgevallen nooit onderworpen werden aan een onderzoek van de kinderbescherming. Om alle fatale gevallen van kindermishandeling in de review te betrekken, is het dan ook van belang om de initiële review groep zo groot mogelijk te maken. Door alle overlijdens in beschouwing te nemen, is de kans op het missen van een fataal geval van kindermishandeling klein.

Hoewel er voldoende argumenten zijn om enkel de overlijdens ten gevolge van kindermishandeling te bespreken, concluderen we dat een brede aanpak nog steeds de meest doeltreffende lijkt. T. Covington & Johnston (2011) gaan hierop in door aan te geven dat het voor sommige gebieden onmogelijk is om alle kindersterfgevallen te bespreken, gezien het hoge aantal onvermijdelijke natuurlijke overlijdens. Het is dan aan de coördinerende overheid om te beslissen op welke manier de doelgroep afgebakend wordt. Dit kan afhangen van verschillende redenen, zoals de aanwezige sterftcijfers. Niettemin is het aan te raden om ook een aparte review voor kindermishandeling op te starten, naast de bestaande Child Death Review. Ondanks het kleine percentage fatale kindermishandelingen ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen rechtvaardigt de wrede aard van mishandeling en verwaarlozing het inrichten van een specifieke review (Douglas & Cunningham, 2008).

2.5.2.2 Leeftijdscategorie

Vervolgens behandelt de tweede procesmatige pijler de leeftijdscategorieën die in de Child Death Review geïnccludeerd worden. Algemeen stellen we vast dat de leeftijdsafbakening in verschillende landen vaak afhangt van de wettelijke bepalingen betreffende minderjarigheid. De Child Death Review teams in Engeland, Wales, New South Wales en het pilootproject in Nederland bespreken de overlijdens van kinderen tot en met de volle leeftijd van zeventien jaar, aangezien men er meerderjarig is vanaf de volle leeftijd van achttien jaar (Department for Education, 2013a; Humphreys, Greenacre, et al., 2013; NODO-Commissie, 2012; NSW Government, 2011). In British Columbia daarentegen is men pas meerderjarig vanaf de volle leeftijd van negentien jaar, waardoor de maximumleeftijd voor de review vastligt op achttien jaar (Shannon & Gibbons, 2012).

Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten wijken af van dit principe. In Nieuw-Zeeland zijn kinderen meerderjarig vanaf de volle leeftijd van achttien jaar, maar de Child Death Review includeert sterfgevallen tot de leeftijd van 24 jaar. De reden hiervoor is dat een belangrijk aantal verkeersongevallen voorkomt in de categorie 18- tot 24-jarigen en men ook uit deze voorvallen preventieve maatregelen wil distilleren (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012). Daarnaast is het in de Verenigde Staten zo dat de staten zelf bevoegd zijn voor het bepalen van de meerderjarigheidsleeftijd. In Michigan bijvoorbeeld bekijken de meeste lokale Child Death Review teams kindersterfgevallen tot de volle leeftijd van achttien jaar. Er zijn echter ook teams die tot de leeftijd van 21 jaar gaan (MPHI-CCFH, X.-c).

Nieuw-Zeeland en Nederland excluseren bovendien de perinatale en neonatale sterfgevallen, omdat specifieke perinatale reviews deze bespreken (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012; Knoeff-Gijzen, 2013). Michigan beschikt eveneens over een Fetal and Infant Mortality Review Program voor overleden kinderen tot de volle leeftijd van één jaar (Covington, 2011). Engeland heeft er dan weer voor gekozen om de doodgeborenen niet op te nemen in de Child Death Review (Department for Education, 2013a).

Uit de literatuurstudie blijkt uiteindelijk dat de meest aangewezen afbakening de volle leeftijd van zeventien jaar is (Keleher & Arledge, 2011). Indien er al een apart review systeem bestaat voor de perinatale en/of neonatale overlijdens, kan de minimumgrens van deze afbakening steeds aangepast worden. Een bespreking van de perinatale en neonatale overlijdens, die een groot aantal van het totaal uitmaken, vereist immers bijzondere expertise (Mazzola et al., 2013).

2.5.2.3 Teamsamenstelling

De derde procesmatige pijler gaat over de samenstelling van Child Death Review teams. Uit de literatuur blijkt het erg belangrijk om de review door een multidisciplinair team te laten uitvoeren. De samenstelling van de teams varieert per land en hangt af van de bestaande structuren (nationaal, regionaal of beide niveaus). Meestal bestaat het team uit een vaste kern en worden ad hoc leden met expertise in een welbepaald domein toegevoegd afhankelijk van de case. Indien de focus van het review team bijvoorbeeld op kindermishandeling ligt, worden professionals met expertise rond kindermishandeling in het proces betrokken. Uit een analyse van de landen, staten en provincies kunnen we stellen dat internationale Child Death Review teams vertegenwoordigers van de volgende sectoren bevatten (Douglas & Cunningham, 2008; Pollack, 2009): Justitie (parket en zetel), Volksgezondheid, onderwijs, artsen, politie, jeugdhulp, sociale sector (bv. slachtofferhulp) en administratie.

De internationale literatuur toont aan hoe complex en divers de samenstelling van de verschillende teams is. Het is essentieel om personen uit verschillende disciplines betreffende de gezondheid en bescherming van kinderen samen te brengen, zodat deze onderling expertise en informatie kunnen uitwisselen (Jenny & Isaac, 2006). Dergelijke benadering heeft meerdere voordelen, zoals de unieke kijk op kindersterfte vanuit de

verschillende perspectieven (Brixey et al., 2011). Hoewel een multidisciplinaire blik het proces van consensusvorming kan bemoeilijken, heeft deze aanpak vooral potentieel voor het verbeteren van preventiestrategieën (Jenny & Isaac, 2006). De doelstelling van de Child Death Review is dan ook bepalend voor de uiteindelijke samenstelling van het team (Johnston et al., 2011).

2.5.2.4 Dataverzameling en -beheer

Dataverzameling en -beheer behoren eveneens tot de procesmatige pijlers van de internationale Child Death Review praktijk. Het zijn zo niet de belangrijkste onderdelen van een kwalitatieve review, omdat een kwalitatieve dataverzameling zorgt voor een correcte registratie en catalogering van kindersterfgevallen. Alle landen zijn het er echter unaniem over eens dat uniformering van data zeer moeilijk te realiseren is. Verschillende onderzoekers halen in de wetenschappelijke literatuur aan dat de bestaande statistieken van het aantal kindersterfgevallen vermoedelijk onbetrouwbaar en onvolledig zijn. Webster et al. (2003) gaven bijvoorbeeld aan dat de huidige statistieken in de Verenigde Staten wel een overzicht geven van de aard en de omvang van kindersterfte, maar dat de data ontoereikend zijn voor het opstarten van een succesvolle preventiestrategie (met andere woorden een Child Death Review) wegens de onbetrouwbaarheid en onvolledigheid.

De bewustwording over deze ontoereikendheid van de huidige data (voor het nauwkeurig identificeren van de oorzaken van overlijden bij kinderen) leidde tot de ontwikkeling van enerzijds standaardformulieren en anderzijds databanken in het kader van de Child Death Review. Verschillende landen namen hiermee het initiatief en lanceerden verschillende initiatieven voor het ontwikkelen van een degelijke informatiestroom.

Standaardformulieren

De uniformering van data kan gerealiseerd worden door het gebruik van standaardformulieren. Deze worden gebruikt om onder andere informatie over de omstandigheden van het overlijden te verzamelen en dienen later voor het uitvoeren van een Child Death Review, statistische analyses en, indien nodig, een Child Death Onderzoek. Het internationale literatuuroverzicht toonde aan dat meerdere landen al gebruik maken van dergelijke formulieren (Bunting & Reid, 2005). Engeland, Wales en de Verenigde Staten zijn op dit vlak norm geëvolueerd en hebben verschillende standaardformulieren uitgewerkt. De website van het National Center for Child Death Review (NCCDR) van Michigan stelt allerlei online tools ter beschikking van Child Death Review teams¹². Deze tools zijn vrij toegankelijk voor iedereen en kunnen door opstartende teams gebruikt worden als hulpmiddel. De standaardformulieren van Wales en Engeland zijn eveneens vrij toegankelijk via het internet¹³.

¹²Tools online beschikbaar via: <http://www.childdeathreview.org/toolsforteam.htm>

¹³Standaardformulieren online beschikbaar via:
<http://www.escb.co.uk/Professionals/ChildDeathReviewProcess.aspx>

Databank

In de *Verenigde Staten* gebruiken 36 staten een gestandaardiseerd web-based National Child Death Review Case Reporting System (NCDR-CRS), ontwikkeld door het National Center for Child Death Review. Deze databank bevat uitgebreide informatie (waaronder demografische gegevens) over meer dan 88 000 kindersterfgevallen in de VS. Het NCCDR gebruikt deze gegevens om federale instanties te informeren en om het nationale beleid te beïnvloeden. Met dit systeem beoogt men eveneens uniformering tussen de Child Death Review teams op lokaal niveau en op het niveau van de staat. Uit de literatuur bleek immers dat er tussen de verschillende Child Death Review teams weinig consistentie was in de dataverzameling en –analyse (T. Covington & Johnston, 2011). T. Covington & Johnston (2011) erkennen dat de nationale gegevens ondertussen nog steeds beperkt zijn en dat verschillen tussen staten, of zelfs tussen lokale Child Death Review teams, ervoor zorgen dat er een grote onderlinge variatie blijft. In de staat Wisconsin bijvoorbeeld kunnen lokale teams kiezen of ze de data in dit systeem ingeven. Bovendien wordt hier slechts één derde van alle kindersterfgevallen aan een review onderworpen (Vincent, 2013).

De Child Death Review in *Nieuw-Zeeland* wordt ook ondersteund door een datasysteem. Er is sinds 2002 één gecentraliseerde, beveiligde databank met informatie over alle sterfgevallen van kinderen en jongeren tot en met de leeftijd van 24 jaar. De databank is gebaseerd op het voorgaande Amerikaanse rapporteringsstelsel. De New Zealand Mortality Review Data Group is verantwoordelijk voor het verzamelen, beheren en analyseren van de informatie. Dit ondersteunende databeheer is cruciaal, omdat een Child Death Reviewenkel goed kan functioneren als de informatie nuttig geanalyseerd wordt op nationaal en lokaal niveau (Vincent, 2013). Niettemin zijn er enkele problemen met het verzamelen van de data, waarbij betrokkenen aanhalen dat er tussen lokale teams grote verschillen zijn betreffende het invoeren van gegevens.

Wales heeft sinds 2008 eveneens een nationale databank met gegevens van elk overleden kind. Aanvankelijk gebruikte het Child Death Review team in Wales dezelfde standaardformulieren als Engeland voor het verzamelen van alle informatie, maar deze bleken niet geschikt voor de Welshe context. Niet elk overlijden wordt immers onderworpen aan een individuele review, zoals dit in Engeland het geval is. Nieuw-Zeeland ondervond soortgelijke problemen toen het standaard instrumenten van de Verenigde Staten wou gebruiken (Vincent, 2013). Dit bewijst nog maar eens dat procedures steeds aangepast moeten worden aan de context waarin men ze gebruikt.

2.5.2.5 Mogelijke aanpak van review

Deze paragraaf verduidelijkt de mogelijke werkwijzen van een Child Death Review. Paragraaf 2.5.1 toonde al aan dat deze reviews kunnen toegepast worden op *nationaal, regionaal en/of lokaal niveau*. In Michigan vinden bijvoorbeeld individuele reviews plaats op lokaal niveau, waarna deze bevindingen gesproken worden op het niveau van de staat (T.

Covington & Johnston, 2011). Nieuw-Zeeland gaat eveneens op deze manier te werk (Shannon & Gibbons, 2012).

Daarnaast is er een onderscheid tussen prospectieve en retrospectieve reviews. *Prospectieve reviews* vinden onmiddellijk plaats na het overlijden, terwijl *retrospectieve reviews* pas enige tijd na het overlijden plaatsvinden. In de Verenigde Staten voert 94 procent van de Child Death Review teams retrospectieve reviews uit (Bunting & Reid, 2005). Het voordeel van prospectieve reviews is echter dat deze toelaten om direct alle gegevens over het overlijden te verzamelen en te bespreken. Als het multidisciplinair overleg dan zaken aan het licht brengt, is een onmiddellijke ingreep mogelijk (bv. bescherming van andere kinderen in het gezin bij kindermishandeling).

De hiernavolgende alinea's bespreken respectievelijk individuele, thematische en statistische reviews. Deze kunnen allen op nationaal, regionaal of lokaal niveau uitgevoerd worden, al dan niet pro- of retrospectief.

Eerst en vooral zijn er de *individuele reviews*. Deze worden onder andere in Engeland gehanteerd en bespreken elke casus individueel. Engeland kijkt hierbij specifiek naar de vermijdbaarheid van het overlijden, waarbij men aanwezige modificeerbare factoren tracht te identificeren aan de hand van rapporten van verschillende instanties (coroner, rechtbank, school, politie, volksgezondheid). Uiteindelijk worden alle bevindingen teruggekoppeld naar de overheid. Het bespreken van individuele cases is noodzakelijk in termen van verantwoording en is zinvol voor het formuleren van aanbevelingen. Reviews kunnen details aan het licht brengen die statistisch onderzoek over het hoofd ziet. Een diepgaand review proces is een krachtig wapen om de complexe omstandigheden omtrent het overlijden van een kind te begrijpen. De aanbevelingen uit individuele cases zullen veranderingen op lokaal en nationaal niveau dan ook voldoende kunnen onderbouwen en verantwoorden (Keleher & Arledge, 2011).

Niettemin moet een Child Death Review verder gaan dan enkel het bespreken van individuele gevallen (Vincent, 2013). Daarom kan men ten tweede *thematische reviews* uitvoeren, zoals dat in Wales het geval is. Bij thematische reviews gaat men de sterfgevallen in categorieën opdelen, waarna men één specifieke categorie bespreekt (bv. verdrinkingsdoden)(Shannon & Gibbons, 2012). Het kiezen van een categorie hangt meestal af van opportuniteitsoverwegingen, bestaande wetgeving of protocollen (Pollack, 2009).

Ten derde kan een land of regio zich toeleggen op het analyseren van *statistische gegevens*. New South Wales bespreekt bijvoorbeeld enkel de algemene statistieken van de kindersterfgevallen. Men kijkt dan naar het aantal kindersterfgevallen in een specifiek jaar, de verschillende doodsoorzaken, enzovoort. De cases op zich worden niet besproken (NSW Legislation, 2011). Men moet echter opletten met het gebruik van statistieken. Ze geven een overzicht van de incidentie en de oorzaken van kindersterfte, maar verstrekken geen diepgaande informatie over de omstandigheden en factoren die bijdragen tot het overlijden (Bunting & Reid, 2005). Verder is er het “nadeel” van de soms kleine aantallen overlijdens bij

kinderen. Om betekenisvolle statistische analyses uit te voeren, moeten onderzoekers eerst een adequaat aantal gevallen registreren. Het kan echter jaren duren vooraleer dergelijk significant aantal bereikt wordt (Welch & Bonner, 2013). Daarenboven is het bij kindersterfgevallen op jonge leeftijd ook moeilijk om mishandeling te detecteren en zullen overlijdens eerder toegewezen worden aan accidentele of natuurlijke oorzaken. Dit zorgt ervoor dat de statistieken een verkeerd beeld van bepaalde fenomenen kunnen geven (Bunting & Reid, 2005).

Tot slot kunnen ook *combinaties* van de voorgaande werkwijzen gehanteerd worden. British Columbia koppelt de bevindingen uit thematische reviews aan individuele casebesprekingen (Shannon & Gibbons, 2012).

Individuele en gedetailleerde besprekingen van overlijdens tonen bijgevolg het best hoe specifieke acties te ondernemen om bepaalde cases in de toekomst te vermijden. Mortaliteitscijfers geven daarentegen een breed beeld van de huidige situatie op het gebied van kindersterfte. Statistische cijfers moeten echter steeds met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De accurateheid van statistische gegevens hangt immers af van onderrapportage en van het ontbreken van gegevens uit lopende onderzoeken (Department for Education, 2013b). De meest aangewezen benadering is dus een model van individuele, thematische en statistische reviews. Dit geeft de meeste mogelijkheden om te leren uit de praktijk en om veranderingen in deze praktijk uit te voeren (Vincent, 2013).

2.5.2.6 Rapportering: individuele, thematische en statistische rapporten

De uitkomsten van een review hangen nauw samen met de gehanteerde aanpak (individuele, thematische en statistische) en met de vooropgestelde doelstellingen van de Child Death Review. Enerzijds is er output in de vorm van rapporten (statistisch en/of thematisch) met terugkoppeling naar de overheid, en anderzijds in de vorm van een verslag met aanbevelingen en preventieve maatregelen teruggekoppeld naar betrokken personen en/of instanties.

Landen zoals Engeland en de Verenigde Staten voeren *individuele reviews* uit, waarbij het Child Death Review team een individueel rapport van het dossier opstelt. Het rapport omvat informatie over het kind en zijn familie, alsook over mogelijke verzorgers of begeleiders. Het bevat eveneens gegevens over de risicofactoren en omstandigheden van het overlijden. De review kijkt bovendien naar het handelen van betrokken professionals vóór het overlijden, naar relevante gezins- en omgevingsfactoren en gezondheid gerelateerde en culturele aspecten. Op die manier tracht het zo goed en zo grondig mogelijk te onderzoeken hoe vergelijkbare sterfgevallen in de toekomst voorkomen kunnen worden (Department for Education, 2013a). De belangrijkste bevindingen van het Child Death Review team over de betrokken actoren worden in het rapport vermeld. Vervolgens eindigt het rapport met aanbevelingen van het team en met acties die ondernomen kunnen worden om analoge overlijdens in de toekomst te voorkomen.

In de meeste gevallen is de informatie die ter beschikking staat van het Child Death Review team geanonimiseerd, tenzij de privacywetgeving het review team bijvoorbeeld een wettelijk mandaat toekent om besprekingen uit te voeren zonder anonimisering van het dossier.

Wanneer reviews zich vooral richten op puur *statistische gegevens* van kindersterfgevallen, worden statistieken van kindersterfte opgesteld op basis van de verzamelde gegevens van elke overleden minderjarige (Bunting & Reid, 2005). Dit kan door de doodsoorzaken op kwantitatieve wijze in kaart te brengen, bijvoorbeeld in functie van leeftijd of geslacht. Men tracht dan bepaalde patronen en trends te identificeren en inzicht te verwerven in vermijdbare factoren van kindersterfte. De geïdentificeerde patronen, trends en modificeerbare factoren zijn op hun beurt de basis voor een evidence-based beleid met nationale initiatieven ter preventie van kindersterfte (Hochstadt, 2006; National Center for Child Death Review Policy and Practice, 2005b; Vincent, 2013). Dat is immers één van de belangrijkste doelen van een Child Death Review (Johnston et al., 2011; Webster et al., 2003).

Engeland brengt bijvoorbeeld jaarlijks een statistisch rapport uit. Elk rapport geeft de verzamelde data weer van de Child Death Reviews die in dat welbepaald jaar uitgevoerd worden door de CDOP's. Bij de review verzamelt men informatie over de omstandigheden van het overlijden, bepaalt men of de dood vermijdbaar was of niet en gaat men na of er lessen uit kunnen getrokken worden (Department for Children, 2009). De rapporten zijn steeds volgens dezelfde structuur opgebouwd en bevatten volgende gegevens: inleiding, achtergrond, wetgeving, overzicht van de sleutelbevindingen, karakteristieken van de overledenen (zoals leeftijd, geslacht, doodsoorzaak), datavoorstelling en –interpretatie (aantal voltooide reviews/jaar, hoeveel van de sterfgevallen vermijdbaar waren)(Department for Education, 2013b). De nationale data worden vervolgens gepubliceerd om de samenleving te informeren over de preventie van kindersterfte (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).

Landen zoals Australië, Canada en Wales voeren thematische reviews uit, waarna men een *thematisch rapport* opstelt. Een thematisch rapport bestaat uit een specifiek thema zoals kinderverwaarlozing en mishandeling, zelfmoord, verdrinking, brand of auto-ongevallen (Vincent, 2013). In een Welsh rapport over het overlijden van tieners in motorvoertuigen kwam men bijvoorbeeld tot de constatacie dat controleverlies een modificeerbare factor is, net als het niet-dragen van een gordel, alcoholconsumptie en 's nachts rijden. Een aanbeveling die hieruit volgde was dat de overheid maatregelen moet nemen betreffende het rijbewijs van jonge bestuurders (Humphreys, Price, et al., 2013).

Tot slot leidt de uitvoering van Child Death Reviews tot het formuleren van aanbevelingen en het implementeren van preventieve maatregelen. Dit zijn de belangrijkste resultaten van een Child Death Review. Child Death Review is immers gericht op het identificeren van preventieve invalshoeken en dient te resulteren in effectieve aanbevelingen ter voorkoming van kindersterfte. Deze aanbevelingen dragen bij aan een gezonde, veilige en beschermde omgeving voor alle kinderen (National Center for Child Death Review Policy and Practice,

2005a). Child Death Review teams bevinden zich bovendien in een unieke positie om het bewustzijn van de samenleving op te roepen of te versterken (Johnston et al., 2011).

Het National Center for Child Death Review Policy and Practice (2005b) geeft evenzeer aan dat Child Death Review teams aanbevelingen kunnen doen aan de juiste instanties en er vervolgens op kunnen toezien dat de interventies daadwerkelijk geïmplementeerd worden. Zij kunnen helpen bij het doorvoeren van verbeteringen in de praktijk, waardoor kinderen beter beschermd zijn tegen vermijdbare risico's. Reviews functioneren daarmee als katalysator voor het ondernemen van actie. Veel Child Death Review teams in de Verenigde Staten geven aan dat nieuw beleid en procedures voor onderzoek naar kindersterfte voortgekomen zijn uit resultaten van de reviews. Een voorbeeld hiervan is het aanscherpen van regels omtrent het dragen van gordels in motorvoertuigen. Uit onderzoek van Child Death Review teams blijkt namelijk dat veel vervoersongevallen met fatale afloop gerelateerd waren aan een onjuist gebruik van gordels. Het trainen en financieren van zorgverleners en instanties om het kinderbeschermingssysteem te verbeteren is hiervan eveneens een voorbeeld (Christian & Sege, 2010). Het zou zeer waardevol zijn als iedere review eindigt met de discussie: "Hoe kan een vergelijkbaar sterfgeval in de toekomst voorkomen worden?" (National Center for Child Death Review Policy and Practice, 2005b).

Internationaal bestaan verschillende voorbeelden van interventies die ertoe hebben geleid dat het aantal overlijdens aan een bepaalde doodsoorzaak drastisch is gedaald. Een van de veelvoorkomende voorbeelden is het aantal sterfgevallen ten gevolge van een verkeersongeval. Doorgevoerde interventies zijn dan bijvoorbeeld: het aanleggen van gescheiden fietspaden, draagplicht van gordels en helmen, snelheids- en alcohollimieten en maatregelen voor beginnende automobilisten (Knoeff-Gijzen & Kienhuis-Heerink, 2009). De preventie van suïcide is een ander voorbeeld van een vertaling naar mogelijke interventies.

2.6 Internationale voorbeelden

Er wordt hier dieper ingegaan op – enerzijds – het NODO-protocol dat werkt uitgewerkt in Nederland en – anderzijds – op het systeem dat van toepassing is in Wales. In beide landen gaat het om een grondig uitgewerkte, multidisciplinaire aanpak die volgens ons het best aanleunt bij het Belgisch-Europese systeem.

2.6.1 Nederland: Child Death Onderzoek (NODO-protocol)

In Nederland zijn jaarlijks ongeveer 150 tot 200 gevallen van kindersterfte bekend waarvan de doodsoorzaak onverklaard is. Uit onderzoek blijkt dat niet altijd een grondig onderzoek verricht wordt naar de doodsoorzaak. Bovendien durven artsen de ouders soms niet confronteren met hun twijfel over de doodsoorzaak, waarop zij dan onterecht een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven (Kuyvenhoven et al., 1998). Het kan dus voorkomen dat kinderen aan mishandeling of verwaarlozing overlijden zonder dat hier een strafrechtelijk onderzoek op volgt. Dit besef was voor de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), van Justitie en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de reden om de NODO-commissie (Nader Onderzoek Doods Oorzaak bij minderjarigen) op te richten. Deze commissie kreeg begin 2005 de opdracht richtlijnen te ontwerpen voor een te volgen procedure bij het onverklaard overlijden van minderjarigen (NODO-Commissie, 2006).

Doelstelling

De NODO-procedure is gericht op het achterhalen en registreren van de doodsoorzaak bij overleden minderjarigen. Dit gebeurt door middel van een neutraal onderzoek waarbij in eerste instantie geen overtuigende verklaring voor het overlijden kan worden gevonden. Het achterhalen van de doodsoorzaak en het in kaart brengen van de omstandigheden en factoren die de dood tot gevolg hadden, maken het mogelijk een gefundeerde conclusie te trekken over de aard van het overlijden: een natuurlijke, dan wel niet-natuurlijke dood (NODO-Commissie, 2006).

Doelgroep

Alle sterftegevallen van kinderen die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt en waarvan de doodsoorzaak onverklaard is, worden aan het protocol onderworpen. Doodgeborenen na 24 weken zwangerschap vallen ook onder de NODO-procedure (NODO-Commissie, 2012).

Bevoegde overheid

Het ministerie van Veiligheid & Justitie zette zich samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in voor de werking van het NODO-protocol (NODO-Commissie, 2012).

Wetgeving

Het NODO-protocol is geregeld volgens de onderstaande wetgevende bepalingen (NODO-Commissie, 2012):

- Artikel 10a Wet op de lijkbezorging (WLB): in alle gevallen van overlijden van een minderjarige moet de behandelende arts contact opnemen met de forensische arts voor overleg.
- Artikel 10a lid 2 van de WLB: voor het uitvoeren van een NODO- onderzoek (inbegrepen het vervoer van de minderjarige), is geen voorafgaande toestemming van de ouders is vereist.
De bevoegdheid voor het uitvoeren van een NODO-onderzoek volgt rechtstreeks uit artikel 10a, tweede lid, van de WLB waarin is bepaald dat de lijkschouwer in bepaalde gevallen kan zorg dragen voor een nader onderzoek naar de doodsoorzaak. Deze bepaling geeft aan de lijkschouwer een bevoegdheid zonder dat daarbij voorafgaande toestemming van de ouders wordt vereist.
- Artikel 10a lid 3 van de WLB: de behandelende arts en andere betrokken hulpverleners zijn verplicht de NODO-forensische arts op diens verzoek terstond die informatie, inzage en afschrift van bescheiden te verstrekken die deze noodzakelijk acht in het kader van het nader onderzoek.
- Artikel 72 van de WLB: voor het uitvoeren van een sectie is expliciet voorafgaande toestemming vereist.
- Daarom is in artikel 74 WLB bepaald dat indien een gemeentelijke lijkschouwer in het kader van een nader onderzoek naar de doodsoorzaak sectie noodzakelijk acht, hij bij gebreke van toestemming van de ouder aan de rechtbank kan vragen om vervangende toestemming.

Financiering

De kosten van de NODO-procedure worden vergoed door de rijksoverheid (NODO-Commissie, 2006). Het Ministerie van Veiligheid en Justitie berekende voor 2014 een uitgavenpost van 995 000 euro. In 2013 voorzag men 1 350 000 euro, terwijl dit in 2012 nog 1 389 000 euro was (Forensisch Medische Associatie Twente, 2014). Per 1 januari 2014 werd echter beslist om de NODO-procedure stop te zetten.

Aanpak van het NODO proces

De NODO-procedure bestaat uit drie basisonderdelen (NODO-Commissie, 2012):

1. de wettelijke verplichting tot overleg over het overlijden van een minderjarige met de eerstelijns forensische arts (art. 10a WLB),
2. de lijkschouw door de NODO-forensische arts en

3. het eigenlijke nader onderzoek naar de doodsoorzaak door NODO-forensische arts en NODO-kinderarts, zo nodig gevolgd door een NODO-sectie.

Aan de start van de NODO-procedure gaan echter eerst nog enkele stappen vooraf. De volledige procedure wordt meer in detail opgedeeld in de hiernavolgende fasen (NODO-Commissie, 2012).

- *Voorfase: aannemen van een melding van overlijden van een minderjarige en beslissen hoe deze melding afgehandeld wordt (eindverantwoordelijke = eerstelijns forensisch arts)*

Een overlijden van een kind kan thuis, elders of in het ziekenhuis plaatsvinden. In al deze gevallen kan het gaan om een evident natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden. Tevens is in al deze gevallen mogelijk dat de doodsoorzaak onbekend is. In dat geval kan een NODO-procedure opgestart worden (NODO-Commissie, 2012).

Bij een *evident niet-natuurlijk overlijden* in het ziekenhuis wordt direct telefonisch contact opgenomen met de forensische arts. De forensische arts gaat ter plaatse en verricht de schouw en volgt verder de gebruikelijke procedure bij niet-natuurlijk overlijden in overleg met politie en Officier van Justitie. Indien het niet-natuurlijk overlijden thuis of elders buiten het ziekenhuis plaatsvindt, zal de forensische arts eveneens de schouw verrichten en de gebruikelijke procedure volgen (NODO-Commissie, 2012).

Bij *zeer waarschijnlijk natuurlijk overlijden* in het ziekenhuis en bekende/waarschijnlijke doodsoorzaak verricht de behandelende arts de schouw. Daarna neemt de behandelende arts contact op met de forensische arts. De behandelende arts geeft de verklaring van overlijden¹⁴ af indien de doodsoorzaak bekend is. Indien het overlijden thuis of elders buiten het ziekenhuis plaatsvindt, zal de huisarts in plaats van de behandelende arts bovenstaande acties uitvoeren (NODO-Commissie, 2012).

Bij *onverklaard overlijden zonder aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden* in het ziekenhuis belt de behandelende arts de forensische arts. Indien het onverklaard overlijden thuis of elders buiten het ziekenhuis plaatsvindt, neemt de huisarts, ambulancedienst of de politie contact op met de forensische arts. De forensische arts roept de hulp in van de NODO-forensische arts. Deze roept de politie ter plaatse indien dit nodig is in het kader van de handhaving van de openbare orde en veiligheid. De NODO-forensische arts overlegt met de NODO-kinderarts. De NODO-forensische arts en NODO-kinderarts overleggen over de omstandigheden van het overlijden en de beschikbaarheid van een NODO-kinderarts en patholoog. De NODO-forensische arts zet de NODO-procedure in werking (NODO-Commissie, 2012).

¹⁴ A-verklaring ten behoeve van de Burgerlijke Stand en B-formulier ten behoeve van de doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

- Fase 1 (eindverantwoordelijke = NODO-forensisch arts)

- ✓ Startformulier invullen

- ✓ Onderzoek plaats van overlijden en uitwendige schouw

Overlijdt het kind thuis of elders buiten het ziekenhuis, dan vindt op de plaats van overlijden een gesprek met de ouders plaats. Reeds in een vroeg stadium maakt de NODO-forensische arts duidelijk dat een sectie nodig kan zijn om de oorzaak van het overlijden te vinden en wordt aan beide ouders toestemming voor een sectie gevraagd. Bij ontbreken van toestemming voor de sectie wordt vervangende toestemming aan de rechter gevraagd. De NODO-forensische arts onderzoekt de plaats van overlijden en maakt foto's. In deze situatie brengt hij ook de patholoog op de hoogte. Daarna wordt het kind naar het NODO-centrum overgebracht. Wordt een kind in de thuissituatie of elders buiten het ziekenhuis reanimatiebehoefstig aangetroffen en vindt het overlijden uiteindelijk in het ziekenhuis plaats, dan bezoekt de NODO-forensische arts de plaats waar het kind reanimatiebehoefstig is aangetroffen. De NODO-forensische arts onderzoekt de plaats van overlijden of aantreffen van het kind, neemt foto's en legt daarmee de situatie rondom het overlijden van het kind vast (NODO-Commissie, 2012).

Alvorens de anamnese wordt afgenomen overleggen de NODO-forensische arts en de NODO-kinderarts over de verdeling van de taken (NODO-Commissie, 2012).

- ✓ Anamnese met ouders

De NODO-forensische arts voert in beginsel een gesprek met de ouders over de omstandigheden rond het overlijden en het aantreffen van het kind. De NODO-kinderarts voert in beginsel een gesprek met de ouders over voeding, ontwikkeling, eerdere ziekten en de familieanamnese. In overleg kan deze verdeling anders zijn (NODO-Commissie, 2012).

- ✓ Anamnese met getuigen en professioneel betrokkenen

In het kader van de NODO-procedure wordt informatie over het kind verzameld. De behandelende arts en andere betrokken hulpverleners zijn op grond van art. 10a lid 3 WLB verplicht de NODO-forensische arts op diens verzoek die informatie te verstrekken die hij noodzakelijk acht in het kader van het onderzoek. Dit kan informatie zijn over professionele zorg en opvang, verzorging en onderwijs in relatie tot het kind. De plicht om informatie aan de NODO-forensische arts te verstrekken, zet een eventuele geheimhoudingsplicht van de betrokken hulpverlener opzij. Toestemming van betrokkenen voor het verstrekken van dergelijke informatie is dus niet noodzakelijk. Er dient uiteraard zorgvuldig te worden omgegaan met privacygevoelige informatie. De gegevens moeten binnen de 24 uur worden verzameld en worden bijeengebracht op een daartoe bestemd formulier. De NODO-forensische arts maakt daarbij gebruik van een standaardformulier om de gegevens te registreren en verwerken (NODO-Commissie, 2012).

- ✓ Afname lichaamsmateriaal
- ✓ Medische en sociale voorgeschiedenis van het kind
- ✓ Besluitvorming fase 1
- Fase 2: onderzoek in het NODO-centrum (eindverantwoordelijke = NODO-forensisch arts)
 - ✓ Evaluatie onderzoek NODO-forensisch arts
 - ✓ Afname lichaamsmateriaal en beeldvormend onderzoek

In het NODO-centrum wordt het nader onderzoek ingezet volgens een handelingsprotocol. Er wordt steeds informatie over het kind verzameld. Daarnaast wordt eveneens lichaamsmateriaal verzameld en worden röntgenfoto's en scans gemaakt (NODO-Commissie, 2012).

- ✓ Tussenevaluatie

Als het onderzoek door de NODO-forensische arts en -kinderarts is afgerond, vindt er binnen het team een tussentijdse evaluatie plaats. Als uit deze tussentijdse evaluatie blijkt dat de doodsoorzaak overtuigend vaststaat en er sprake is geweest van een natuurlijke dood, wordt het lichaam ter beschikking gesteld aan de nabestaanden. De behandelende arts wordt op de hoogte gesteld, de NODO-forensische arts registreert de informatie en de procedure wordt beëindigd (NODO-Commissie, 2012).

- ✓ Acties na voorlopig obductieverslag

De NODO-forensische arts bespreekt de voorlopige uitslag van de procedure met de ouders. De eventuele noodzakelijkheid van een sectie wordt eveneens met hen besproken. Bij (al eerder verleende) toestemming wordt een sectie verricht volgens het NODO-protocol. Ontbreekt de toestemming van de ouders dan wordt de toestemming van de rechter afgewacht (NODO-Commissie, 2012). Mocht er geen vervangende toestemming door de rechtbank worden verleend, en is er geen vermoeden van een niet-natuurlijke dood, dan wordt het lichaam aan de ouders ter beschikking gesteld voor begravenis of crematie. De NODO-forensische arts geeft de overlijdensverklaring en vult het B-formulier ten behoeve van het CBS¹⁵ in. De behandelende arts wordt op de hoogte gesteld van de doodsoorzaak, de NODO-forensische arts registreert de informatie en de NODO-procedure wordt beëindigd (NODO-Commissie, 2006).

¹⁵Zie voetnoot 13

- Fase 3 (eindverantwoordelijke = NODO-forensisch arts)

✓ Eindevaluatie

De NODO-procedure verloopt in stappen. Als gedurende de procedure duidelijk wordt wat de doodsoorzaak is of als duidelijk wordt dat sprake is van een niet-natuurlijk overlijden, dan wordt de NODO-procedure gestaakt en treedt de normale procedure bij een niet-natuurlijk overlijden in werking. Als gedurende of aan het einde van de NODO-procedure een ziekte wordt gevonden als doodsoorzaak, dan wordt de procedure gestaakt en geeft de NODO-forensische arts een verklaring van overlijden af (NODO-Commissie, 2012).

Als de gegevens en (voorlopige) uitslagen bekend zijn, beoordeelt het NODO-team de beschikbare informatie om tot een conclusie te komen omtrent de oorzaak en aard van het overlijden van het kind. Het streven is om binnen de drie dagen een voorlopig oordeel te geven over doodsoorzaak en aard van het overlijden, zodat het lichaam kan worden teruggegeven aan de nabestaanden. De definitieve conclusie volgt zo spoedig mogelijk, in principe binnen een maand (NODO-Commissie, 2012).

De volgende uitkomsten zijn mogelijk:

- natuurlijke dood, doodsoorzaak bekend
- geen aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood, doodsoorzaak onbekend
- niet-natuurlijke dood, doodsoorzaak bekend
- aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood, doodsoorzaak onbekend

In alle gevallen worden de overlijdenspapieren (inclusief B-formulier) door de NODO-forensische arts ingevuld (NODO-Commissie, 2012).

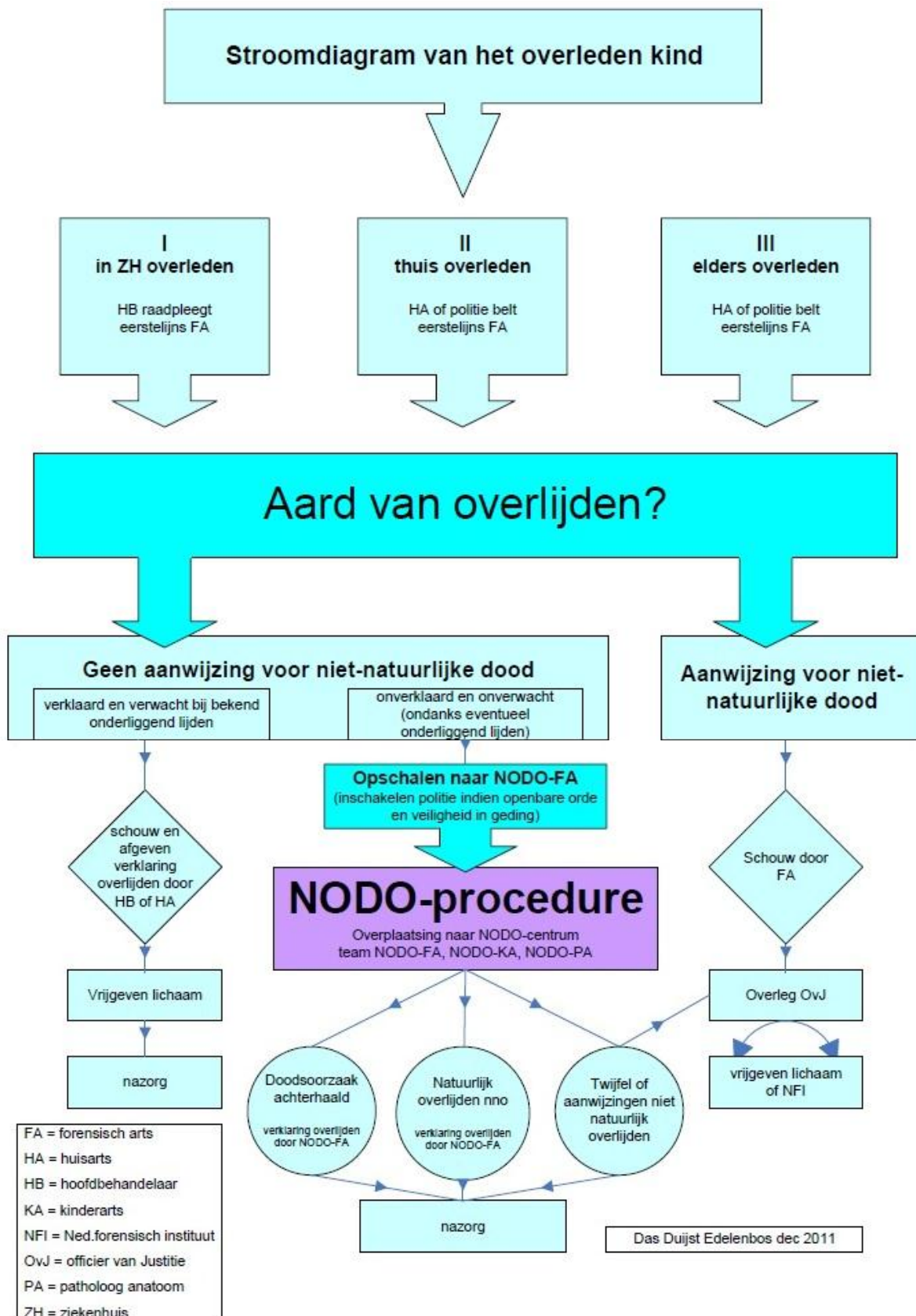
Als de doodsoorzaak na het afronden van het nader onderzoek nog steeds onbekend is, maar er geen aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijke dood, dan geeft de NODO-forensische arts een verklaring van natuurlijk overlijden af. Zijn er aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood, ook al is de doodsoorzaak niet achterhaald, dan dient er met de Officier van Justitie contact opgenomen te worden (NODO-protocol, 2012). Na het gerechtelijk onderzoek zal de Officier van Justitie de gemeentelijke lijkschouwer inlichten zodat deze de gegevens kan registreren in het kader van de NODO-registratie (NODO-Commissie, 2006).

Indien er aanwijzingen zijn dat het overlijden is ontstaan door mishandeling of verwaarlozing zullen, nadat de Officier van Justitie is ingelicht, de conclusies van het onderzoek door de NODO-forensische arts worden gemeld aan het Bureau Jeugdzorg dat de melding meteen beoordeelt en noodzakelijke stappen kan ondernemen ter bescherming van de eventuele andere kinderen in het gezin. Bovendien stelt de NODO-forensische arts Inspectie Jeugdzorg op de hoogte, die indien nodig een onderzoek bij de betrokken instellingen naar de geboden zorg aan het gezin in gang zet. De inspectie betreft daarbij in voorkomende gevallen ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (NODO-Commissie, 2006).

✓ Nagesprek met ouders

Men streeft na om het stoffelijk overschot zo snel mogelijk, maar in elk geval binnen de drie dagen terug te geven aan de nabestaanden tenzij de Officier van Justitie besloten heeft het lichaam in beslag te nemen. Hierna wordt er met de ouders een afspraak gemaakt voor de bespreking van de (eventueel voorlopige) uitslag van de NODO-procedure, waarbij in overleg met de ouders kan worden bepaald hoe uitgebreid de informatie moet zijn. De NODO-forensische arts en eventueel –kinderarts geven informatie over de doodsoorzaak en ouders kunnen met de behandelende arts nader ingaan op eventuele gevolgen voor andere familieleden, bijvoorbeeld in het geval van erfelijke aandoeningen (NODO-Commissie, 2012).

Tijdens het gebruikelijke nagesprek dat ouders en eventueel andere leden van het gezin met de (kinder)arts een aantal maanden na het overlijden hebben, is het naast de aandacht voor de medische en emotionele aspecten omtrent het overlijden en de verwachtingen over de toekomst, ook van belang te vragen naar de ervaringen van ouders met de NODO-procedure. Deze ervaringen moeten worden meegenomen in de evaluatie van het NODO-protocol (NODO-Commissie, 2012).



Figuur 2: NODO-procedure.

Stopzetting NODO-protocol, ondanks vele voordelen

De NODO-procedures heeft heel wat te bieden, ten opzichte van andere Child Death Onderzoeken. Het is een neutraal onderzoek dat zich focust op het achterhalen van de doodsoorzaak en het in kaart brengen van de omstandigheden en factoren die de dood tot gevolg hadden. Daarnaast hanteert het een heel brede doelgroep, namelijk kinderen die de leeftijd van achttien jaar nog niet bereikt hebben. Dit zijn allen elementen in het voordeel van een preventieve aanpak. De grootste troef van de NODO-procedure heeft echter te maken met informatie-uitwisseling. Behandelende artsen en hulpverleners zijn volgens de wet namelijk verplicht om informatie aan de NODO-forensische arts door te geven. Dit zorgt ervoor dat hun geheimhoudingsplicht opzij gezet wordt. Deze regeling is dus de basis van een goede informatie-uitwisseling, hoewel men steeds voorzichtig zal omgaan met privacygevoelige informatie.

Ondanks deze positieve elementen, is de beslissing om het NODO-protocol begin 2014 stop te zetten gebaseerd op verschillende oorzaken. Eerst en vooral worden de criteria om een NODO-procedure te starten verschillend geïnterpreteerd door artsen. Daardoor bestond het risico dat relevante cases niet in de NODO-procedure belanden. Ten tweede gaven veel artsen aan dat de NODO-procedure niet duurzaam was. Zij vonden de NODO-procedure in de huidige setting emotioneel te belastend en te arbeidsintensief om structureel mee door te gaan, ondanks de meerwaarde die aan de procedure wordt toegekend. Ten derde waren er ook enkele aandachtspunten in de organisatie van de procedure. Er was sprake van lange wachttijden voor de obductie en voor het vervoer van de plaats van overlijden naar het NODO-centrum. Er bestond ook enige frictie tussen de NODO-forensische artsen en de politie en de dataverzameling verliep gefragmenteerd. Tot slot overtroffen de kosten van alle betrokken organisaties de verstrekte subsidies. De kosten per casus waren groter dan begroot, de voorziening van personeel voor de beschikbare diensten was duurder dan verwacht, de coördinatie per regio en op landelijk niveau vergde meer tijd dan verwacht en het centrale informatiesysteem kostte meer dan begroot.

Door deze stopzetting is het momenteel onduidelijk hoe artsen moeten handelen in geval een mogelijke NODO-casus. De wet die de NODO-procedure regelt, blijft immers bestaan. Voor de politie is de procedure eveneens onduidelijk (Politieacademie, 2014).

2.6.2 Wales: Child Death Review (PRUDiC)

Wales ging in 2009 van start met de voorbereiding van een Child Death Review, nadat de Minister van Volksgezondheid een jaar eerder de opdracht gaf om via een pilootproject te starten met de ontwikkeling en praktische uitwerking van dergelijke reviews (Humphreys, Price, et al., 2013). Het pilootproject nam twee jaar in beslag en na enkele aanpassingen implementeerde men in 2012 het huidige Child Death Reviewprogramma (British Medical Association Wales, 2009; Humphreys, Price, et al., 2013).

Doelstelling

Het programma wil patronen, trends en oorzaken van te vermijden kindersterfte identificeren en beschrijven, en op basis hiervan aanbevelingen doen (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). Deze doelstelling zal concreet ingevuld worden aan de hand van vier opdrachten (Cordis Bright Ltd, 2012):

1. Data verzamelen over kindersterfgevallen
2. Thematische reviews ondernemen en aanbevelingen formuleren
3. Een jaarverslag opmaken met (a) patronen van sterfgevallen in Wales en (b) de uit de thematische reviews te vermijden factoren die leiden tot overlijdens
4. Bevindingen uit jaarlijkse en thematische rapporten publiceren met het oog op toekomstige acties

Uit de doelstelling blijkt dat Wales niet geïnteresseerd is in het aanwijzen van een schuldige. Men wil enkel leren uit de factoren die mogelijk leiden tot een verhoogde kindersterfte (Humphreys, Price, et al., 2013).

Doelgroep

Uit de voorbereiding op het pilootproject bleek dat een inclusie van alle kindersterfgevallen het meest praktisch en effectief is, omwille van het relatief kleine aantal per jaar ($\pm 250-300$) (Busby, 2009). Ieder kind dat sinds de start van het pilootproject voor zijn achttiende verjaardag overleden is, wordt dan ook onderworpen aan een review. Dit op voorwaarde dat het kind normaal woonachtig is in Wales of in Wales sterft (Humphreys, Greenacre, et al., 2013).

Bevoegde overheid

Wales koos voor een nationale aanpak, waarbij de Welshe overheid het Child Death Reviewprogramma financiert. Het programma zelf is ondergebracht bij Public Health Wales, het departement van Volksgezondheid, dat ook verantwoordelijk is voor de tewerkstelling van het team en het verloop van het programma (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). De organisatiestructuur van het programma wordt duidelijk weergegeven in bijlage 8.

Wetgeving

Wales voorziet geen specifieke wetgeving voor het Child Death Review programma. De oprichting en werking ervan worden ondersteund door fragmenten uit verschillende bestaande wetteksten¹⁶, zoals de Children Act 2004 (Busby, 2009).

Financiering

Het Child Death Reviewprogramma wordt tot maart 2014 gefinancierd door de Welshe overheid (Humphreys, Price, et al., 2013).

Taakomschrijving betrokken actoren

De uitwerking van het proces wordt verzorgd door drie instanties: het CDR team, de CDR stuurgroep en de CDR panels.

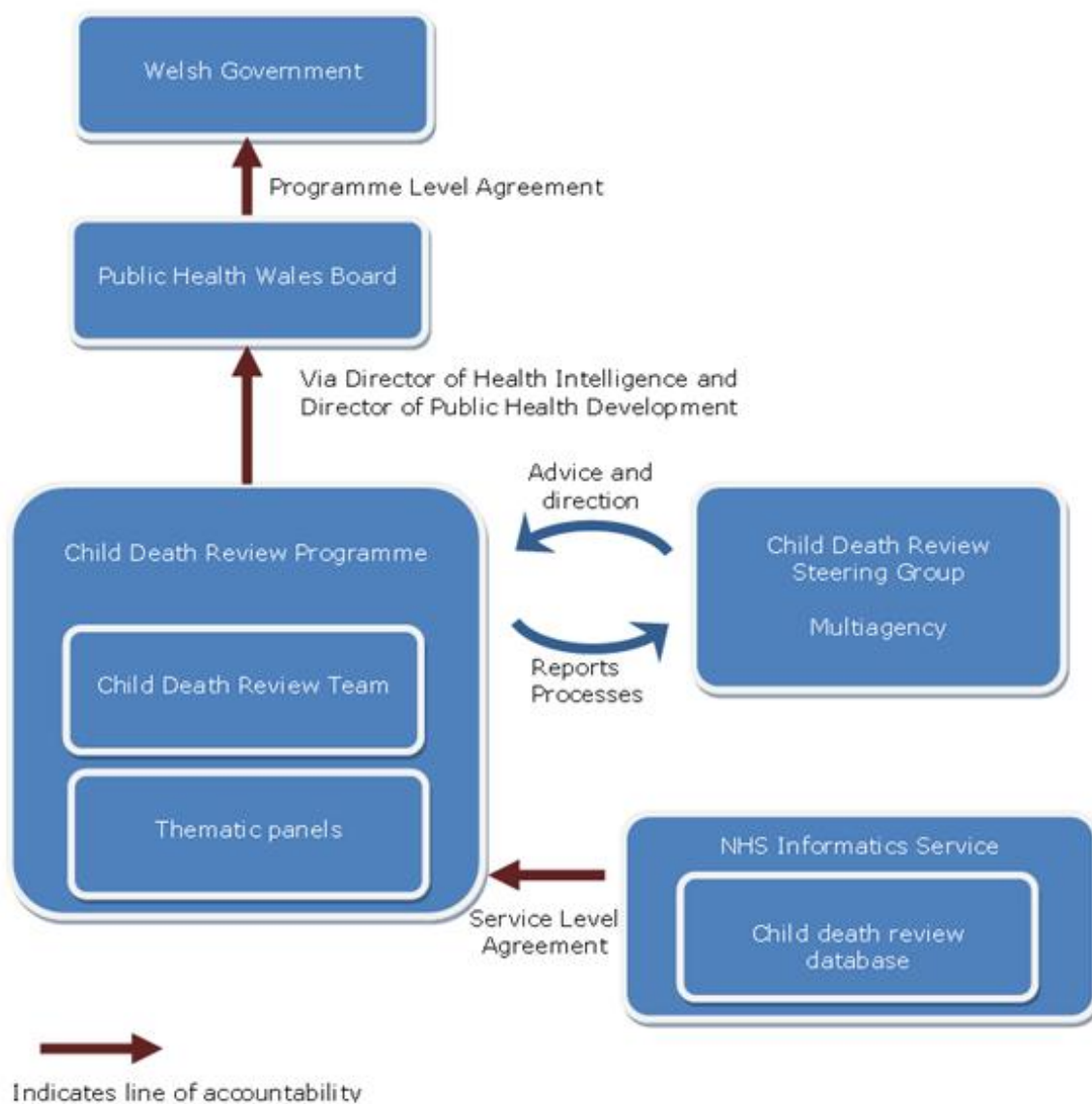
Het proces start met de melding van het kindersterfgeval, welke de eerste belangrijke stap is. Als het overlijden onverwacht is, wordt onmiddellijk een Child Death Onderzoek opgestart. Pas na afloop van deze procedure zal de informatie overgemaakt worden aan het *CDR team*. Indien het overlijden daarentegen verwacht is, gaat de melding rechtstreeks naar het CDR team (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). Na de aangifte van het overlijden maakt het CDR team een dossier aan in de nationale databank¹⁷ (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). Vervolgens verzamelt het alle relevante informatie over het overlijden. Deze komt enerzijds van elektronische bronnen, terwijl men anderzijds een beroep doet op verschillende instanties zoals de LSCB's en de coroners (Cordis Bright Ltd, 2012). Wanneer het dossier compleet is, zal het CDR team alle data anonimiseren en overmaken aan de CDR stuurgroep (Humphreys, Greenacre, et al., 2013).

De *CDR stuurgroep* bekijkt de overgemaakte dossiers van het CDR team en bepaalt een thema dat centraal staat tijdens de review. Daarna stelt de stuurgroep een specifiek CDR panel samen dat de thematische review uitvoert. De vertegenwoordigers voor het panel kiest men naargelang het te bespreken thema (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). Dit kunnen onder andere afgevaardigden van LSCB's, coroners, politie, onderwijs en volksgezondheid zijn (Cordis Bright Ltd, 2012).

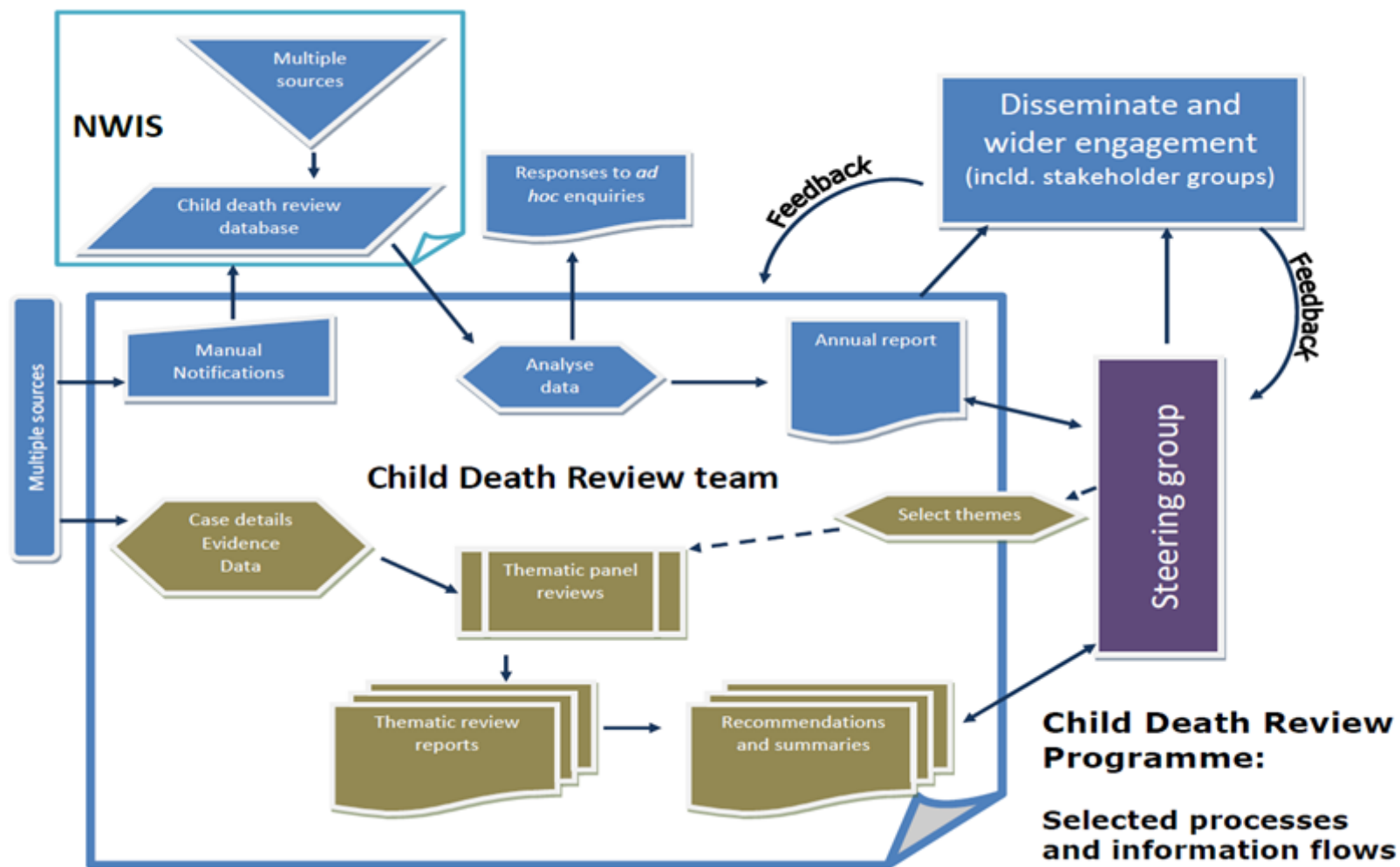
Uiteindelijk bespreken de *CDR panels* de verzamelde geanonimiseerde informatie uit de overgemaakte dossiers, waaronder de oorzaken en –mechanismen die de dood tot gevolg hadden (Humphreys, Greenacre, et al., 2013). Ze trachten daarbij vermijdbare factoren te identificeren die aan de basis liggen van kindersterfgevallen. De conclusies uit de besprekingen leiden vervolgens tot een aantal die het panel neerschrijft in een rapport aan de overheid (Cordis Bright Ltd, 2012). Ten slotte bespreekt de stuurgroep dit met de betrokken belanghebbenden (Humphreys, Greenacre, et al., 2013).

¹⁶ Sectie 25 Children Act 2004, sectie 28 Children Act 2004, Human Rights Act 1998: artikel 8.2, Common Law Duty and Disclosure in the Public Interest, Data Protection Act 1998 (Busby, 2009).

¹⁷ De databank wordt beheerd door National Health Service of Wales Informatics Service (Humphreys, Greenacre, et al., 2013).



Figuur 3: Organisatiestructuur CDR programma.



Figuur 4: CDR proces en informatie-uitwisseling.

2.7 Conclusie

Dit hoofdstuk schetst de internationale Child Death Review methodiek via een beschrijving van de internationale literatuur. Over de verschillende landsgrenzen heen is men het er over eens dat een Child Death Review een systematische en multidisciplinaire analyse van kindersterfgevallen betreft. De voornaamste doelstelling van deze analyse is de preventie van vergelijkbare sterfgevallen in de toekomst door informatie te delen en te bespreken aangaande de omstandigheden die tot een overlijden van een kind hebben geleid. Op basis van deze informatie kan men aanbevelingen formuleren en preventieve maatregelen nemen.

Vooraleer men de oprichting van een Child Death Review kan verwezenlijken en tot preventie kan overgaan, moet de kindersterfte echter eerst goed in kaart worden gebracht. Daarvoor zijn twee belangrijke randvoorwaarden nodig, die dus ook de basis vormen voor een kwalitatieve Child Death Review. In de eerste plaats moet er een sluitende overlijdensattestering zijn. Landen als Engeland, Wales en de Verenigde Staten trachten dit te bereiken door de invoering van een overlegplicht met een tweede arts. In de tweede plaats moet, indien de aard van het overlijden na dit overleg onbekend blijft, een grondig Child Death Onderzoek plaatsvinden waarbij zowel de medische, sociale als justitiële context bekeken wordt. Dit Child Death Onderzoek moet idealiter nationaal gecoördineerd zijn.

Na de noodzakelijke randvoorwaarden stelde de literatuurstudie aan de hand van structurele en procesmatige pijlers vervolgens de internationale Child Death Review praktijk voor (figuur 5&6). Hieruit distilleren we de krachtlijnen van een kwalitatieve Child Death Review.

Structureel is het, gezien de preventieve doelstelling van Child Death Review, internationaal aangewezen om de bevoegdheid voor de coördinatie van een Child Death Review aan de overheidsdienst Volksgezondheid toe te wijzen. De bevoegdheid voor de organisatie van Child Death Review ligt daarentegen het best bij het lokale en/of regionale niveau, wat ervoor zorgt dat de aanbevelingen van het nationale niveau goed afgestemd worden en dus een goede respons krijgen van het praktijkniveau. Ondanks de uitvoering op het lokale niveau blijkt dat een wetgevend kader zich opdringt, onder andere voor de bepaling van een aantal kwaliteitscriteria. Aangezien de coördinatie van de Child Death Review bij het nationale niveau ligt, is het wenselijk dat ook de financiering op dit niveau geregeld wordt.

STRUCTURELE PIJLERS	
Coördinatie	Nationaal
Organisatie	Regionaal en lokaal
Bevoegde overheid	Overheidsdienst Volksgezondheid
Wetgeving	Verplichtend karakter (kwaliteitscriteria, dataverzameling)
Financiering	Van overheidswege

Figuur 5: Structurele pijlers van een kwalitatieve Child Death Review.

Wat de procesmatige aspecten van Child Death Review betreft, is het aangewezen om in de eerste plaats een zo breed mogelijke doelgroep te includeren. Men bakent vooral de groep van alle overlijdens tot de volle leeftijd van zeventien jaar af. Deze overlijdens worden door een multidisciplinair team besproken aan de hand van informatie uit standaardformulieren en databanken. De bespreking van de cases gebeurt idealiter via verschillende aanpakken. Individuele, thematische en statistische rapporten zullen het meest complete beeld geven van de huidige situatie op het gebied van kindersterfte.

PROCESMATIGE PIJLERS	
Doelgroep	Alle overlijdens tot de volle leeftijd van 17 jaar
Teamsamenstelling	Multidisciplinair
Dataverzameling en –beheer	Standaardformulieren & databank
Mogelijke aanpak van review	Individueel, thematisch, statistisch
Rapportering	Individuele, thematische en statistische rapporten

Figuur 6: Procesmatige pijlers van een kwalitatieve Child Death Review.

Dit hoofdstuk maakte duidelijk dat de internationale krachtlijnen een minimale basis zijn voor het voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel. We moeten echter benadrukken dat het universeel “perfecte” Child Death Review model niet bestaat, zoals ook de voorbeelden van Nederland en Wales aantoonden. Indien een systeem goed werkt in het ene land, hoeft dit niet te betekenen dat dit model ook succesvol is voor een ander land. Zoals Axford & Bullock (2005) en Vincent (2013) reeds aanhaalden, is het gevaarlijk om bepaalde principes te generaliseren. Het is dan ook van groot belang om de Vlaamse en Brusselse context in beschouwing te nemen, vooraleer één van bovenstaande principes zomaar over te nemen.

3. Vlaamse en Brusselse context

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk schetst de huidige Vlaamse en Brusselse context. Om een duidelijk beeld te krijgen van de onderzoekspopulatie voor een Child Death Onderzoek en een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel volgt eerst een overzicht van de nationale kindersterftecijfers en de kindersterftecijfers van het Vlaams Gewest (cfr. 3.2). Dit overzicht is een noodzakelijke achtergrond voor de verdere inhoud van dit rapport. Niettemin vallen over deze kindersterftecijfers heel wat bedenkingen te maken. De problemen omtrent de accuraatheid van de statistieken zijn enerzijds grotendeels te wijten aan de wijze waarop overlijdens in België geattesteerd worden (cfr. 3.3). Anderzijds zijn ze het gevolg van de manier waarop overlijdens, waarvan de aard van het overlijden niet onmiddellijk te duiden is, al dan niet nader onderzocht worden (cfr. 3.4). Beide problematieken worden hierna verder toegelicht en getoetst aan de bevindingen uit de internationale literatuur. Tot slot situeert dit hoofdstuk de belangrijkste actoren en procedures die in het huidige werkveld betrokken worden in geval van kindermishandeling (cfr. 3.5).

3.2 Kindersterftecijfers in België en het Vlaams Gewest

3.2.1 België

De verwerking van de statistieken in België behoort tot het takenpakket van de ADSEI (het vroegere NIS) van de Federale Overheidsdienst Economie. Op basis van de door artsen ingevulde strook C van het overlijdensattest stelt zij de statistieken met betrekking tot de doodsoorzaken ter beschikking, waarna deze online te raadplegen zijn. Volgens deze gegevens bedraagt het totaal aantal kindersterfgevallen 949 in 2006, 928 in 2008, 878 in 2009 en 874 in 2010. Er waren geen cijfers van 2007 beschikbaar (FOD Economie, 2013). ADSEI classificeert deze gegevens volgens verschillende leeftijdscategorieën. Aangezien zij gebruik maken van een leeftijdscategorie van 15- tot 19-jarigen, zullen de kindersterftecijfers in dit rapport tot de volle leeftijd van 19 jaar gaan in plaats van tot de volle leeftijd van 17 jaar (minderjarigen). De meest recente doodsoorzakenstatistieken dateren van 2009 en worden hieronder toegelicht (figuur 7).

Uit de nationale sterftecijfers van 2009 blijkt dat overlijdens van kinderen voornamelijk vóór de leeftijd van 1 jaar voorkomen. In 2009 stierven 442 kinderen tijdens het eerste levensjaar. Deze zuigelingensterfte bedraagt ongeveer de helft van de 878 kindersterfgevallen tot en met de leeftijd van 19 jaar. Een belangrijk aantal van deze zuigelingensterfte, met name 290 gevallen, komt echter voor in de neonatale periode. Dit is de periode tussen de geboorte en de leeftijd van 27 dagen. De neonatale mortaliteit vertegenwoordigt dus ongeveer een derde (290 op 878) van alle kindersterfgevallen. 289 gevallen van deze 290 neonatale overlijdens betroffen een natuurlijke dood, waarvan er echter vijf geclassificeerd werden als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”. Dit zijn de zogenaamde onverklaarde overlijdens.

Er was slechts melding van één niet-natuurlijk overlijden, te wijten aan onopzettelijke belemmering van de ademhaling (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2010b).

In 2009 stierven 152 kinderen in de leeftijdscategorie van 28 dagen tot minder dan 1 jaar oud. 136 van deze 152 gevallen stierven een natuurlijke dood, waarvan er maar liefst 39 de classificatie “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte” meekregen en dus onverklaard bleven. 16 gevallen stierven een niet-natuurlijke dood, waarvan 7 te wijten aan een ongeval (waaronder één verkeersongeval), 5 te wijten aan geweldpleging¹⁸ en 4 overlijdens waarvan niet duidelijk is of deze accidenteel of opzettelijk waren (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2010b).

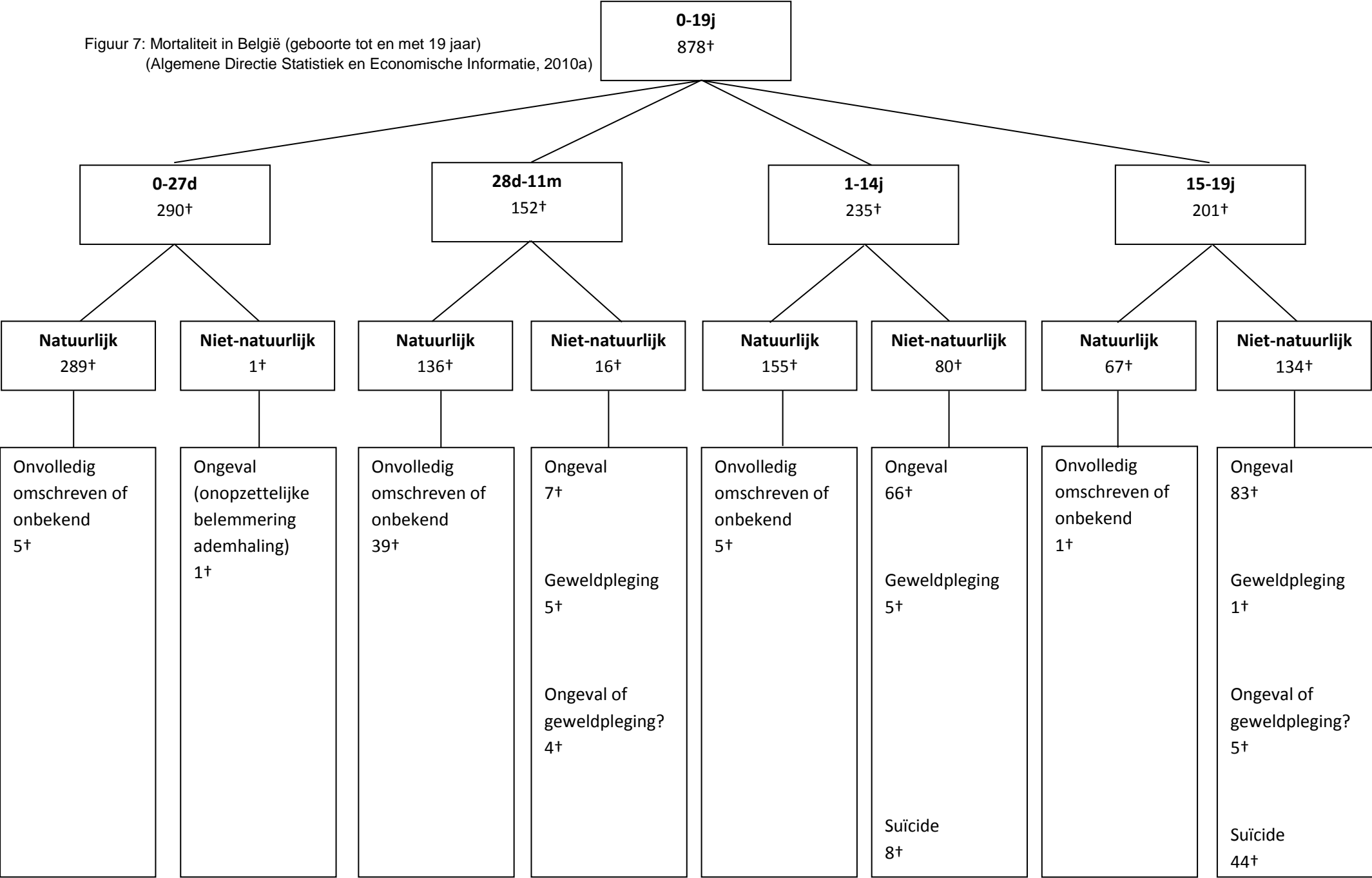
In de leeftijdscategorie 1- tot en met 14-jarigen waren er 235 sterfgevallen. 155 hiervan waren natuurlijke overlijdens. Vijf van deze natuurlijke sterfgevallen werden geclassificeerd als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat deze vijf onverklaarde overlijdens allen éénjarigen waren. In de leeftijdscategorie 2- tot en met 14-jarigen kwamen geen onverklaarde overlijdens voor. Van de overige 80 niet-natuurlijke sterfgevallen waren er 66 het gevolg van een ongeval (waarvan 23 verkeersongevallen), 5 het gevolg van geweldpleging en 8 het gevolg van suïcide (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2010a).

In de leeftijdscategorie 15 tot 19-jarigen kwamen 201 sterfgevallen voor. Van deze 201 sterfgevallen, stierven er 67 een natuurlijke dood. Eén van deze 67 werd geclassificeerd als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”. Van de overige 134 sterfgevallen waren er 83 het gevolg van een ongeval (waarvan 71 verkeersongevallen), 1 het gevolg van geweldpleging, 44 het gevolg van suïcide en 5 sterfgevallen waarvan niet duidelijk is of deze accidenteel of opzettelijk zijn ontstaan (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2010a). Opvallend in deze categorie is het aandeel van de niet-natuurlijke overlijdens, voornamelijk ten gevolge van ongevallen en suïcides.

Op het vlak van wiegendood bestaan er geen recente sterftcijfers voor België. De laatst beschikbare gegevens voor Wallonië en Brussel dateren van 1997 (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004).

¹⁸Dit kunnen we verklaren als “tussenkoms door derden”.

Figuur 7: Mortaliteit in België (geboorte tot en met 19 jaar)
(Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2010a)



3.2.2 Vlaams Gewest

In Vlaanderen worden de statistieken opgesteld door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Volgens deze gegevens bedraagt het totaal aantal kindersterfgevallen 468 in 2009. De meest recente doodsoorzakenstatistieken van het Vlaams Gewest dateren van 2011, maar er werd gekozen om de cijfers van 2009 toe te lichten zodat de correlatie met de nationale kindersterftecijfers mogelijk is (figuur 8).

Uit de sterftecijfers van 2009 van het Vlaams Gewest blijkt analoog aan de nationale cijfers dat sterfgevallen bij kinderen zich vooral vóór de leeftijd van 1 jaar voordoen. In 2009 waren dit 247 kinderen, ongeveer de helft van de 468 kindersterfgevallen tot en met de leeftijd van 19 jaar. 235 van deze 247 overlijdens bij zuigelingen betroffen een natuurlijke dood, waarvan 20 overlijdens geclassificeerd werden als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte” en dus onverklaard waren. Er waren twaalf niet-natuurlijk overlijdens (Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, 2009). De belangrijkste doodsoorzaken van zuigelingensterfte in 2009 waren: factoren bij de moeder en verwikkelingen tijdens zwangerschap en bevalling, en congenitale afwijkingen (Kind & Gezin, 2011).

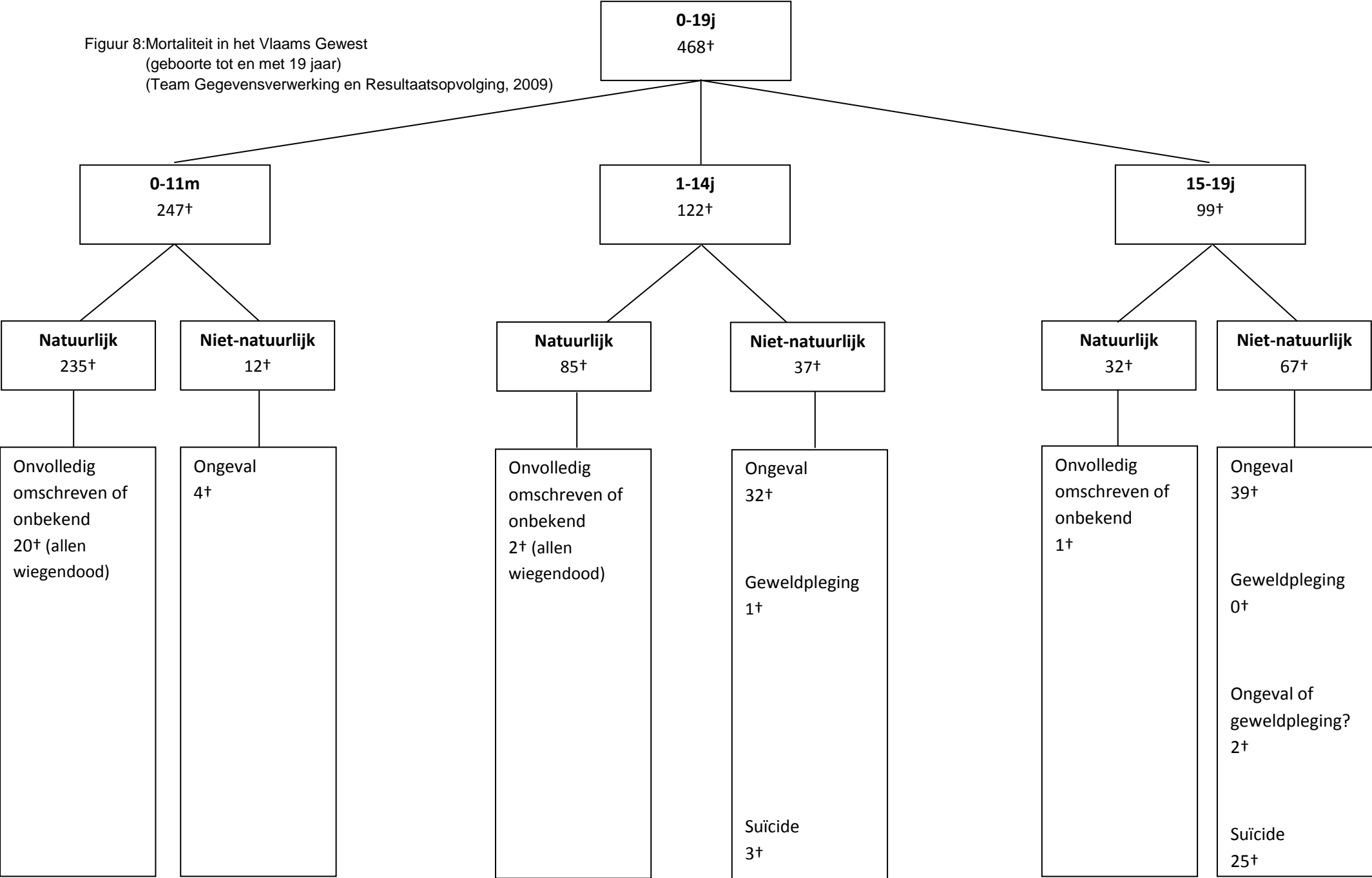
Het VAZG classificeert haar gegevens volgens verschillende leeftijdscategorieën, maar zij maakt geen opsplitsing in de leeftijdscategorie jonger dan 1 jaar. Daardoor was het niet mogelijk om hier het aantal sterfgevallen te tonen in de neonatale periode (vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van 27 dagen) en in de leeftijdscategorie van 28 dagen tot en met 11 maanden oud. Vermoedelijk zijn deze cijfers wel beschikbaar, maar bevinden deze zich niet online. In een folder van Kind & Gezin (2011) vonden we echter wel gegevens met betrekking tot de neonatale sterfte in het Vlaams Gewest in 2008. Dit zijn de meest recente gegevens. Toen waren er 192 kindersterfgevallen in de neonatale periode. Er is echter geen opsplitsing terug te vinden naar aard van overlijden (Kind & Gezin, 2011).

In de leeftijdscategorie 1- tot en met 14-jarigen waren er 122 sterfgevallen, waarvan 85 natuurlijke overlijdens. Twee natuurlijke sterfgevallen, die tot de leeftijdscategorie 1 tot en met 4 jaar behoorden, werden geclassificeerd onder de categorie “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte” en waren te wijten aan wiegendood. Als we deze twee wiegendoden optellen bij de 20 wiegendoden in de leeftijdscategorie onder de 12 maanden, overleden er in 2009 dus 22 kinderen aan wiegendood.

Er was sprake van 37 niet-natuurlijke sterfgevallen, waarvan 32 ten gevolge van een ongeval (waaronder 16 verkeersongevallen), één geweldpleging en 3 suicides. Eén niet-natuurlijk sterfgeval werd geclassificeerd onder “late gevolgen van vervoersongevallen” (Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, 2009). De belangrijkste doodsoorzaken bij kinderen van 1 tot en met 14 jaar zijn ongevallen, kanker en bloedaandoeningen (Kind & Gezin, 2011).

Bij de leeftijdscategorie 15 tot 19-jarigen waren er 99 sterfgevallen in 2009. Van deze 99 sterfgevallen stierven er 32 een natuurlijke dood. Eén van deze 99 werd geclassificeerd als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”, met als code “overlijden buiten aanwezigheid van anderen”. De overige 67 sterfgevallen waren niet-natuurlijke overlijdens, waarvan 39 het gevolg waren van een ongeval (waaronder 23 verkeersongevallen), 25 suicides en 2 sterfgevallen waarvan niet duidelijk is of deze accidenteel of opzettelijk zijn ontstaan. Er waren geen overlijdens ten gevolge van geweldpleging bij de 15- tot 19-jarigen (Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, 2009).

Figuur 8:Mortaliteit in het Vlaams Gewest
(geboorte tot en met 19 jaar)
(Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, 2009)



3.3 Overlijdensattestering

De nauwkeurigheid van bovenstaande cijfergegevens is grotendeels gebouwd op de wijze waarop overlijdens in België geattesteerd worden. Hoe de huidige procedure voor de aangifte van een overlijden in zijn werk gaat, wordt hierna kort toegelicht. Daarna gaan we in op de centrale rol van de vaststellende arts en de bedenkingen die bij de cijfers kunnen gemaakt worden. Vervolgens gaan we in op een pilootproject van de Lokale Politie van Gent dat aan deze knelpunten tracht tegemoet te komen, alsook op de vergelijking tussen de Belgische en de internationale attestering.

3.3.1 Huidige procedure voor aangifte van een overlijden in België

De ouders van een overleden kind kunnen pas overgaan tot begraafing of crematie van hun kind na afgifte van een goedkeuring door de ambtenaar van de burgerlijke stand. Deze goedkeuring kan slechts gegeven worden nadat een overlijdensattest ter beschikking gesteld werd van de ambtenaar van de burgerlijke stand. Het overlijdensattest dient ingevuld te worden door de arts die het overlijden vaststelt. De Wet op de lijkbezorging voorziet tevens dat begraafing pas mogelijk is vanaf 24 uur na het overlijden en crematie vanaf 24 uur na afgifte van het overlijdensattest aan de ambtenaar van de burgerlijke stand¹⁹. De wet voorziet geen termijn waarbinnen dit overlijdensattest dient ingevuld te worden, maar het is vanzelfsprekend dat dit zo snel mogelijk na het overlijden dient te gebeuren.

Momenteel bestaan in ons land twee modellen voor de aangifte van een overlijden. Model IIID is bestemd voor het overlijden van een kind jonger dan één jaar en van een doodgeboren kind (met bepaalde criteria²⁰). Model IIIC is bestemd voor personen van één jaar of ouder. Beide modellen, die terug te vinden zijn in bijlage 14, bestaan uit 4 stroken (Hoge Gezondheidsraad afdeling V, 2001).

Strook A bevat onder meer de identiteitsgegevens van de overledene. Het wordt ingevuld door de vaststellende geneesheer en bewaard bij de gemeentelijke administratie (Statistics Belgium, 2013a). Naast de identiteit van de overledene, moet de vaststellende geneesheer ook aankruisen of er “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar is tegen begrafenis of crematie”. Bezwaar moet worden aangekruist als het overlijden zeker of vermoedelijk te wijten is aan een uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag). *Strook A* heeft dus belangrijke juridische implicaties (Piette & De Letter, 2013).

Indien de vaststellende arts op *strook A* “neen” (geen gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie) aankruist, wordt het overlijden als natuurlijk beschouwd en is er geen juridisch vervolg. Dan kan een ambtenaar van de burgerlijke stand toestemming geven voor begraafing of crematie.

¹⁹De crematie mag pas doorgaan ten vroegste 24 uur na het ontvangen van de toestemming van de ambtenaar van de burgerlijke stand (Wet op de Lijkbezorging, art.21 §3).

²⁰De criteria zijn: een geboortegewicht vanaf 500 gram of de zwangerschapsduur bedraagt minstens 22 weken of de lichaamslengte (van de vortex tot de hiel) is ten minste 25 centimeter (Statistics Belgium, 2013a).

Enkel als de vaststellende arts gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie aankruist, wordt het overlijden als niet-natuurlijk aanzien en volgt een tussenkomst van de politie en de procureur des Konings. De procureur des Konings beslist dan over het vervolg, met name het al dan niet opstarten van een volledig gerechtelijk onderzoek of enkel een opsporingsonderzoek.

Op *strook B* van beide modellen moeten onder andere de datum en het uur van overlijden, de plaats van overlijden en het geslacht worden ingevuld door de vaststellende geneesheer. Bij model IIID komen daar nog enkele gegevens bij, zoals “levend of doodgeboren” en “plaats van geboorte”. Het gemeentebestuur verifieert deze strook eerst alvorens hem met de rest van het formulier over te maken aan de verantwoordelijke geneesheer-ambtenaar van de Gemeenschappen (Statistics Belgium, 2013a). Deze ambtenaar controleert en codeert de informatie, waarna alles ingevoerd wordt in een databank en de informatie doorstroomt naar ADSEI (Statistics Belgium, 2013b).

Op *strook C* vult de geneesheer informatie met betrekking tot het overlijden in. Het bevat onder andere medische gegevens over de aard van overlijden en de vermoedelijke doodsoorzaak. Deze informatie is geheim en moet daarom onder gesloten omslag bewaard worden. Deze informatie wordt vervolgens overgemaakt aan het gemeentebestuur, maar is dus niet toegankelijk voor het gemeentepersoneel en mag enkel worden geopend door de verantwoordelijke geneesheer-ambtenaar van de Gemeenschappen. Vervolgens stuurt de geneesheer-ambtenaar *strook C* door naar ADSEI. Bij model IIID bevat *strook C*, in tegenstelling tot bij model IIIC, een extra pagina waarop de vaststellende geneesheer inlichtingen met betrekking tot de geboorte invult (Hoge Gezondheidsraad afdeling V, 2001). *Strook C* is dus vooral van nut voor statistische doeleinden.

Strook D bevat anonieme administratieve en sociale gegevens van de overledene. Bij model IIIC gaat het om gegevens van de overledene, terwijl model IIID gegevens van de ouders bevat. Deze *strook* wordt met behulp van de aangever ingevuld door het gemeentebestuur en doorgestuurd naar de geneesheer-ambtenaar van de Gemeenschappen (Hoge Gezondheidsraad afdeling V, 2001).

Bovenstaande maatregelen gelden altijd, zowel voor begrafenis als voor crematie. In geval van crematie dient echter nog een bijkomend medisch attest te worden ingevuld door een tweede arts. Hij geeft daarbij aan of het overlijden te wijten is aan een natuurlijke, gewelddadige, verdachte of niet vast te stellen oorzaak. Deze manier van attesteren verschilt van de attestering op *strook A*. Als het om een natuurlijk overlijden gaat, dient een beëdigde arts te bevestigen dat het effectief een natuurlijk overlijden betreft. Indien de doodsoorzaak niet vast te stellen is of in geval van (een vermoeden van) een gewelddadige of verdachte aard van overlijden dient de procureur des Konings te worden opgeroepen. Pas na de toestemming van de procureur des Konings mag de ambtenaar van de burgerlijke stand een toelating tot begraven of crematie geven (Hoge Gezondheidsraad afdeling V, 2001).

3.3.2 Knelpunten

In België vult de vaststellende arts het overlijdensattest in, waarbij hij het onderscheid moet maken tussen een natuurlijk of een (mogelijk) niet-natuurlijk overlijden. De vaststellende arts is dus de primordiale schakel in de overlijdensattestering. Deze situatie geeft aanleiding tot een aantal belangrijke knelpunten.

3.3.2.1 Attestering van het overlijden

Vooreerst wijzen we op de betrokkenheid en centrale rol van de vaststellende arts. Vandaag de dag wordt een overlijden vastgesteld door de arts die als eerste verwittigd wordt. Dit is meestal de behandelende (zieken)huisarts, doch dit kan net zo goed een huisarts van wacht of een urgentiearts zijn zonder enige relatie met de patiënt. Deze arts moet autonoom beslissen over de aard van het overlijden en is vaak niet bekend met de voorgeschiedenis en context van de patiënt en zijn/haar familie. Dit contrasteert sterk met de internationale situatie waar de attesterende arts vaak de behandelende arts dient te zijn.

Daarnaast wordt momenteel het onderscheid in de expertise voor het vaststellen van een overlijden an sich en het bepalen van de aard van overlijden onderschat. Iedere arts is opgeleid om vast te stellen of een persoon al dan niet overleden is. De veronderstelde deskundigheid van de vaststellende arts om ook de aard van overlijden te bepalen moet echter dringend aan een kritische blik onderworpen worden. In België mag immers eender welke arts de aard van het overlijden vaststellen, ondanks het feit dat deze vaststellende artsen hiervoor dikwijls niet of onvoldoende opgeleid zijn. Huis- en urgentieartsen zijn opgeleid om mensen te helpen en te genezen. Daarenboven komen vooral huisartsen slechts sporadisch in contact met (de vaststelling van) een overlijden. Dit zorgt ervoor dat ze weinig mogelijkheden hebben om op dit vlak ervaring op te bouwen, laat staan om bepaalde adders onder het gras op te merken (Brotchi, 2012). Volgend citaat wijst op het belang van voldoende expertise om de aard van overlijden op te helderen: *“Een plotselinge dood is natuurlijk voor degene die de niet-natuurlijke facetten niet herkent”* (Elliot, 1975).

Een goed onderbouwde beslissing omtrent de aard van overlijden vereist een hetero-anamnese, een inspectie van het lichaam en een inspectie van de plaats en de omstandigheden van de fatale episode. Sommige artsen, zoals een huisarts van wacht, kennen de voorgeschiedenis van de overledene echter niet. Daarnaast wordt een uitwendige schouwing vaak niet uitgevoerd. Meer algemeen worden er tijdens de artsenopleiding veel te weinig uren besteed aan het onderzoeken van een overlijden. Tot slot vindt een inspectie van de locatie en de omstandigheden van de fatale episode niet noodzakelijk plaats, waardoor de beslissing tot een al dan niet natuurlijk overlijden onvoldoende gefundeerd is. Indien deze wel plaatsvindt, is een vrijwaring van belangrijk bewijsmateriaal cruciaal. Artsen zijn echter onvoldoende op de hoogte van het belang van het vrijwaren van sporen, waardoor zij vaak onvoorzichtig omspringen met bewijsmateriaal.

3.3.2.2 Consequenties van de overlijdensattestering

Uit de praktijk blijkt eveneens dat artsen frequent een schroom hebben om gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aan te kruisen. Een arts is terughoudend om een ouder van een net overleden kind mogelijk onterecht van fatale kindermis(be)handeling te beschuldigen. Bovendien maken verschillende elementen het moeilijk om een objectief en wetenschappelijk oordeel te vellen. De artsen kunnen emotioneel betrokken zijn bij het overlijden, hebben mogelijk een schuldgevoel omdat ze niet tijdig hebben ingegrepen of meer nog, de artsen kunnen bij het attesteren van een gerechtelijk-geneeskundig bezwaar onder druk staan van de familie van de overledene omwille van het politieel onderzoek dat dan volgt. Nochtans heeft elke arts de mogelijkheid om bij twijfel de procureur des Konings te verwittigen, ongeacht de praktische problemen die hier soms mee gepaard gaan. Uit de praktijk blijkt dat artsen soms het telefoonnummer van de procureur des Konings van wacht niet krijgen als zij naar de politie bellen. De procureur des Konings is dus steeds afhankelijk van het inschattingsvermogen, het plichtsbewustzijn en het initiatief van de vaststellende arts.

De vaststellende arts heeft in België strikt genomen ook geen meldingsplicht wanneer hij gerechtelijk-geneeskundig bezwaar attesteert. Indien de procureur des Konings niet tijdig gecontacteerd wordt, heeft dit niet alleen gevolgen voor de vrijwaring van sporen maar kan ook kostbare tijd voor het inwinnen van belangrijke (context)informatie verloren gaan. Verder kan de procureur des Konings bij een verdacht overlijden in principe eender welke arts als deskundige aanstellen. Dit ongeacht de werkelijke deskundigheid van de arts in kwestie en ongeacht het feit dat dergelijk onderzoek specifieke forensische kennis en kunde vereist. De oorzaak van deze willekeurige aanstellingen is te wijten aan het tekort aan grondig opgeleide wetsgeneesheren.

De wijze waarop overlijdens in België geattesteerd worden, levert vooral problemen op in de groep van overlijdens waarvan de aard van het overlijden niet onmiddellijk vast te stellen is. Indien de attesterende arts (met inachtneming van de hierboven vermelde beperkingen) voor deze overlijdens geen gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen onmiddellijk begraving attesteert, vindt er vanzelfsprekend geen justitieel onderzoek plaats. Indien er verder onderzoek gebeurt in het kader van het onverwachte en medisch onverklaard overlijden van een kind onder de achttien maanden (cfr. 3.4), is dit vooral gericht op de detectie van natuurlijk doodsoorzaken en niet noodzakelijk op de detectie van alsnog een niet-natuurlijk overlijden. Dit lijkt een gegeven waar attesterende artsen zich niet altijd voldoende van bewust zijn. Indien de attesterende arts deze overlijdens als niet-natuurlijk attesteert, zal er vanzelfsprekend een justitieel onderzoek plaatsvinden (inclusief forensische autopsie) doch dit onderzoek biedt potentieel niet altijd voldoende garantie op de uiteindelijke detectie van een duidelijke wijze en oorzaak van overlijden.

Er rust dus momenteel een zeer grote verantwoordelijkheid op deze artsen. Vergissingen betreffende het beoordelen van de aard van overlijden, bv. door onwetendheid, zijn niet onmogelijk. Ze kunnen echter zware gevolgen hebben en leiden tot een begraving of

crematie zonder enig verder onderzoek. Nochtans is een grondig onderzoek, waaronder minstens een uitwendige schouwing, vaak wenselijk en nuttig. Knight (1997) verklaart hierover: *“the systems differ widely, but in general those deaths which are criminal, suspicious, accidental, suicidal, sudden and unexpected, unexplained or in any way not due to natural causes, cannot be certified by a doctor and must be reported for medico-legal investigation”*.

3.3.2.3 Bedenkingen bij de kindersterftcijfers

Omwille van de eerder geschetste attesteringsproblematiek moeten enkele bedenkingen worden geuit omtrent de volledigheid en de betrouwbaarheid van de kindersterftcijfers. Het verzamelen van betrouwbare cijfergegevens is erg belangrijk voor statistisch onderzoek. Daarnaast zijn correcte, kwaliteitsvolle data nodig voor een efficiënte Child Death Review praktijk. Enkel dan kunnen er preventieve maatregelen worden geformuleerd. De huidige cijfers laten ons echter niet toe om betrouwbare conclusies te trekken omtrent de prevalentie van natuurlijke en niet-natuurlijke overlijdens. De volgende paragraaf beschrijft per categorie van aard van overlijden (natuurlijk en niet-natuurlijk overlijden) waar het kan fout gaan in de attestering. Verder toont hij ook het belang van een Child Death Review aan voor elk van deze categorieën.

Natuurlijke overlijdens

De eerste categorie betreft de natuurlijke overlijdens. Het merendeel van de kindersterfgevallen in België is een natuurlijk overlijden (ongeveer 74% of 647 op 878 in de categorie tot en met 19 jaar). De attestering van de duidelijke natuurlijke overlijdens stelt normaliter geen onoverkomelijke problemen. Zoals de volgende paragrafen verder zullen toelichten, is dit cijfer vermoedelijk een overschatting en bevindt zich in deze categorie een aantal die mogelijk niet-natuurlijk waren.

Uit de kindersterftcijfers (cfr. 3.2) blijkt dat de categorie van de neonatale sterfgevallen in 2009 ongeveer een derde (290 op 878) van alle Belgische kindersterfgevallen vertegenwoordigde. De aard van overlijden bij deze neonatale sterfgevallen is meestal duidelijk natuurlijk, aangezien het overlijden voornamelijk plaatsvindt in ziekenhuiscontext. Het bespreken van deze neonatale overlijdens in een Child Death Review is aldus, verwijzend naar het doel van dit onderzoeksproject, niet nuttig. Een Child Death Review beoogt een preventief karakter om in de toekomst het aantal overlijdens bij kinderen te reduceren. Vermits het bij deze neonatale overlijdens voornamelijk gaat om duidelijke natuurlijke overlijdens die eigenlijk niet te voorkomen zijn (bv. congenitale afwijking), zal de nadruk eerder liggen op epidemiologische beschouwingen en een evaluatie van de verleende medische zorg. Het kan echter wel nuttig zijn om deze overlijdens in het kader van een perinatale review te bespreken, bijvoorbeeld door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

De groep die het meest ter discussie staat, is de groep van de natuurlijk geattesteerde overlijdens in de leeftijdscategorie 28 dagen tot en met 11 maanden. Opvallend is dat een

beduidend aantal van deze overlijdens, 39 van de 136, gecatalogeerd worden als “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”. Dit is enerzijds de leeftijdscategorie waarin kindermis(be)handeling frequent voorkomt (bv. shaken infant syndrome) en de kans op een fatale afloop reëel is, hoewel dit zeker niet altijd gemakkelijk aan te tonen is (bv. in geval van versmoring). Anderzijds is dit ook de leeftijdscategorie waarin een mogelijke, eveneens frequente, natuurlijke oorzaak van overlijden aanwezig is: wiegendood. Doch “wiegendood” is een uitsluitingsdiagnose en de huidige situatie in België is van dien aard dat zeker niet al deze overlijdens de volledige multidisciplinaire uitwerking krijgen om tot de correcte conclusie wat betreft doodsoorzaak en dus wat betreft de aard van overlijden te komen.

Niet-natuurlijke overlijdens

Bij oudere kinderen (1-14 jaar) krijgen ongevallen de overhand en bij de oudere groep van jongeren valt eveneens het hoge aantal suicides op (15-19 jaar). Dergelijke gevallen vergen bijzondere aandacht en alle mogelijke pistes dienen grondig bekeken te worden (bv. direct of indirect gerelateerd aan fatale kindermis(be)handeling). Enerzijds kan het bekijken van ongevallen van belang zijn voor het vaststellen van verantwoordelijkheid van derden (al dan niet opzettelijk). Anderzijds kan een ongeval in een aantal gevallen iets anders maskeren, bijvoorbeeld een zelfdoding of een doding. Een ongeval kan ook het gevolg zijn van een natuurlijke aandoening (bv. een dodelijke val wegens een epilepsieaanval).

3.3.3 Afstappingsofficier bij onbekende overlijdens – pilootproject Gent

Om de expertise te vergroten bij het vaststellen van een overlijden waarvan de aard van het overlijden niet onmiddellijk duidelijk is, loopt er in de politiezone Gent momenteel een proefproject in samenwerking met het parket, de Lokale Recherchedienst (LRD) en de Federale Gerechtelijke Politie (FGP) Gent. Op 1 april 2013 introduceerde men een “afstappingsofficier”, initieel voorzien voor twee maanden. Deze officier werkt niet in opdracht van een bepaalde politiedienst, maar in functie van het dossier en dit ongeacht welke politiedienst het verdere onderzoek zal voeren. Hij wordt ingezet bij alle overlijdens waarvan de politie op de hoogte is. Dit betekent dat hij zowel ter plaatse komt voor natuurlijke als voor niet-natuurlijke overlijdens. Verkeersongevallen behoren daarentegen niet tot zijn takenpakket, aangezien de Verkeersdienst deze vaststellingen voor haar rekening neemt. Overlijdens die niet bij de politie bekend zijn (bv. in ziekenhuiscontext of waarbij enkel de behandelende arts attesteert), glijpen echter door de mazen van het net. Dit is een beperking van dit pilootproject.

De afstappingsofficier heeft twee functies. Enerzijds is hij “afstappingsofficier-coördinator” bij significante misdrijven en anderzijds is hij “afstappingsofficier-verkenner” bij verdachte overlijdens. In het kader van een Child Death Onderzoek is de tweede functie van afstappingsofficier-verkenner (hierna steeds “afstappingsofficier” genoemd) zeer interessant. De rol van de afstappingsofficier ontstond ter ondersteuning van de Officiers van Gerechtelijke Politie (OGP). De OGP moet de situatie immers vaak via de telefoon inschatten en hij of zij heeft geen zicht op de plaats delict (PD), noch op het lichaam. De

afstappingsofficier komt daarentegen wel ter plaatse en ondersteunt de vaststellers van de interventiedienst en de OGP. Hij is eveneens het aanspreekpunt voor het parket en de onderzoeksrechter die de leiding heeft over het gerechtelijk onderzoek. Het parket was dan ook vragende partij voor dit proefproject.

De afstappingsofficier bekijkt het dossier van een overlijden vanuit drie verschillende oogpunten. Ten eerste verzamelt hij allerhande contextinformatie over de overleden persoon. Dit kan gaan om een ruime informatieverzameling, maar ook om inlichtingen van de familie of de buurt. Ten tweede onderzoekt hij de plaats delict en maakt deze klaar in functie van de afstapping. De verkenner moet op een objectieve, wetenschappelijke en sporenbewuste manier de PD presenteren aan het Plaats Delict team (PD-team). Het is dan ook cruciaal om sporenbewust op te treden. Een derde en laatste taak heeft betrekking op informatie over de aard van overlijden en/of doodsoorzaak, waarbij hij naar de bevindingen van de vaststellende arts of wetsgeneesheer vraagt (bv. er is sprake van een misdrijf, aangezien het hoofd werd ingeslagen).

De afstappingsofficier neemt dus geen leiding over het feitelijk politieel onderzoek, maar geeft op basis van het bovenstaande drieluik ondersteuning aan het onderzoek van de interventiedienst. De interventiedienst, die meestal als eerste ter plaatse komt na de melding van een overlijden, gaf immers te kennen dat zij nogal onzeker waren bij het vaststellen van verdachte overlijdens. Als er uitwendig en op de plaats van het overlijden geen externe tekenen van een niet-natuurlijk overlijden te vinden zijn, kan de inbreng van de afstappingsofficier nuttig zijn omwille van zijn expertise voor het herkennen van aspecten die mogelijk anderszins op een verdacht sterfgeval wijzen. Daarnaast helpen zij mee aan een efficiëntere inzet van de LRD. Aangezien het onderzoek naar een verdacht overlijden een kettinggebeuren is waarbij meerdere actoren en diensten optreden vanuit verschillende disciplines, zijn een professioneel optreden van elke actor en een goede coördinatie bepalend voor een goed resultaat (Descendre; Lokale Politie Gent).

3.3.4 Toetsing aan de internationale literatuur

Rekening houdend met de bovenstaande knelpunten, moet België de attestering van de vaststelling van een overlijden bij minderjarigen herzien. Er rust immers een zeer grote verantwoordelijkheid op de schouders van de vaststellende arts. Internationaal trachtte men al aan deze problematiek tegemoet te komen door het invoeren van een verplicht overleg met een tweede (forensisch opgeleide) arts bij alle overlijdens van kinderen. In navolging van de internationale ervaringen kan een invoering van deze maatregel in België reeds een belangrijke verbetering geven in het correct attesteren en aldus catalogeren van overlijdens van minderjarigen. Uit de internationale literatuur blijkt dat deze maatregel ook een invloed heeft op de overlijdensstatistieken, wat de werking van de Child Death Review dan weer ten goede komt.

Internationaal is men vaak met Child Death Review begonnen en ontdekten men dan pas de problemen van overlijdensattestering en dataverzameling en -beheer. We zijn van mening

dat Vlaanderen en Brussel hieruit moeten leren en vooreerst de overlijdensattestering en dataverzameling (standaardformulieren en een databank) op punt moeten stellen, vooraleer een Child Death Review op te richten.

3.4 Regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden

In tegenstelling tot landen die over een onderzoeksprotocol beschikken voor alle plotse en onverwachte overlijdens van minderjarigen (cfr. 2.4.2), bestaat in België slechts een regeling voor het uitvoeren van een autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden. Het gaat hier om de wet van 26 maart 2003. Deze wet regelt momenteel echter noch een uniforme attestering, noch een oppuntstelling van de internationale kwaliteitsnormen voor het onderzoeken van een zuigeling die onverwacht en medisch onverklaard overlijdt. Bij dit soort overlijdens is het nochtans van essentieel belang om alle mogelijke natuurlijke (waaronder wiegendood) en niet-natuurlijke (accidentele en niet-accidentele) doodsoorzaken aan het licht te brengen.

Eerst volgt een verdere toelichting over de complexiteit van een onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een zuigeling (cfr. 3.4.1). Vervolgens volgt de juridische omkadering van deze wet (cfr. 3.4.2) en worden de aanwezige knelpunten (cfr. 3.4.3) uiteengezet.

3.4.1 Onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een zuigeling

Verschillende mogelijke doodsoorzaken kunnen aan de basis liggen van een plots en onverwacht overlijden van een zuigeling. Dit is de leeftijdscategorie waarin kindermis(be)handeling frequent voorkomt, met een reële kans op een fatale afloop (bv. shaken infant syndroom, niet-accidentele versmoring). Fatale kindermis(be)handeling in deze leeftijdscategorie is echter niet altijd eenvoudig, en soms zelfs niet, te bewijzen. Om zowel natuurlijke als niet-natuurlijke doodsoorzaken te kunnen weerhouden is het dan ook noodzakelijk om alle elementen van het dossier (en niet alleen de bevindingen van de autopsie) te laten analyseren door een multidisciplinair team met de nodige expertise ter zake.

Wat de zaak nog bemoeilijkt, is dat dit ook de leeftijdscategorie is waarbij wiegendood zeer frequent als doodsoorzaak wordt vastgesteld. Wiegendood, of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) is een plots en onverwacht overlijden van een kind onder de één jaar, waarbij na een volledig pediatrisch onderzoek (inclusief autopsie) en inspectie van de plaats van overlijden geen duidelijke doodsoorzaak gevonden wordt. De fatale episode van het overlijden vindt plaats tijdens de slaap. Meer dan de helft van alle wiegendoodgevallen vindt plaats in de eerste zes levensmaanden, met een piekincidentie tussen de twee en vier maanden (Engelberts, 2013). Wiegendood is echter een uitsluitingsdiagnose, wat betekent dat geen enkel onderzoeksresultaat bewijzend is voor de vaststelling van wiegendood. Deze

diagnose kan namelijk pas gesteld worden als verdere, uitgebreide multidisciplinaire onderzoeken negatief blijven en men geen duidelijke doodsoorzaak kan weerhouden.

Internationaal epidemiologisch onderzoek naar wiegendood heeft zich in het bijzonder toegespitst op het identificeren van risicofactoren, waarin vooral slaapomgeving-en houding en socio-economische factoren een belangrijke plaats innemen. Preventiecampagnes gericht op een gezonde en veilige slaapomgeving hebben de afgelopen decennia dan ook geleid tot een aanzienlijke reductie van het aantal wiegendoden. Wanneer bijvoorbeeld naar aanleiding van een autopsie een infectie aan het licht komt, is dit geen wiegendood, maar een natuurlijk overlijden met gekende doodsoorzaak. Hoewel de oorzaak voor het overlijden dus onbekend is bij wiegendood, wordt het als een natuurlijke doodsoorzaak geclassificeerd onder de categorie “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte” (ICD-10 codering gebruikt door de WHO bij klassering van doodsoorzaken).

Het is dan ook van essentieel belang dat alle plotse onverwachte overlijdens waarvan de wijze van overlijden niet onmiddellijk vast te stellen is, onderzocht worden in een verplicht, geüniformeerd en multidisciplinair onderzoeksprotocol. Dit protocol moet voldoen aan alle kwaliteitsnormen gedefinieerd in de internationale literatuur en moet alle mogelijke natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaken opsporen (cfr. 2.4.2).

In de internationale literatuur worden drie facetten onderscheiden binnen dergelijke onderzoeksprotocollen: onderzoek naar plaats van/omstandigheden van overlijden/fataal event ²¹, uitgebreid verder medisch onderzoek (autopsie door een kinderpatholoog, laboratorium en beeldvormend onderzoek) en nader onderzoek van medische, sociale en justitiële context.

3.4.1.1 Omstandigheden van overlijden

Allereerst moeten de omstandigheden van het overlijden uitvoerig bevestigd worden. Hierbij wordt een tijdslijn opgesteld, verzamelt men informatie over de slaapomgeving en -houding en over de algemene toestand van het kind in de periode voorafgaand aan het overlijden. Men gaat bijvoorbeeld na hoe het kind sliep, in welke houding het te slapen werd gelegd en hoe het werd aangetroffen.

Vervolgens dient een grondige inspectie van de plaats van overlijden te gebeuren (woning, slaapruijnte, bed/wieg). Indien het kind overlijdt in het ziekenhuis, maar elders een terminaal event heeft doorgemaakt, is het vanzelfsprekend dat deze inspectie op de plaats van het terminale event zo snel mogelijk dient plaats te vinden.

3.4.1.2 Autopsie en aanvullende diagnostiek

Ten tweede worden een uitwendige schouwing, een autopsie en aanvullende diagnostiek uitgevoerd. Een uitwendige schouwing gebeurt, indien mogelijk, ter plaatse. Het tijdstip van overlijden moet bepaald worden aan de hand van de klassieke parameters (lijkvlekken,

²¹ Dit is de plaats waar de fatale factor die leidde tot het overlijden heeft plaatsgevonden.

lijkstijfheid en lichaamstemperatuur), alsook traumatische letsels moeten geobjectiveerd worden (cfr. tussenkomst van derden).

Daarna vindt een autopsie plaats. De autopsie is een conditio sine qua non om een wiegendood vast te stellen (Van de Voorde, 2010). Om te kunnen spreken van een wiegendood mag de autopsie uiteindelijk geen effectieve doodsoorzaak onthullen. Bij een gedetailleerd onderzoek kunnen wel petechiën worden aangetroffen, die wijzen op een bepaalde verstikkingsdood (Betz et al., 1998; Jenny & Isaac, 2006). Hiermee is echter nog niet duidelijk door welk mechanisme men tot deze verstikking is gekomen.

Na de autopsie kan ook aanvullende diagnostiek worden uitgevoerd als de doodsoorzaak nog steeds niet aan het licht is gekomen. Een histologisch, toxicologisch, metabool of genetisch onderzoek zijn hier voorbeelden van. Deze aanvullende onderzoeken moeten eveneens negatief zijn om te kunnen spreken van een wiegendood.

3.4.1.3 Medische, sociale en justitiële context

Het is evident dat een uitgebreide bevraging en verder onderzoek naar de medische, sociale en justitiële context van de overleden zuigeling en zijn/haar verzorgenden verplichte onderdelen zijn van een kwalitatief onderzoeksprotocol. Zowel in België als internationaal ontbreekt bij onderzoek dat gericht is op de detectie van een natuurlijk overlijden momenteel vaak een grondige inspectie van de omstandigheden/plaats van overlijden, waardoor een foute registratie van niet-natuurlijke overlijdens mogelijk is. In andere gevallen, indien een justitieel onderzoek plaatsvindt dat gericht is op de detectie van niet-natuurlijke overlijdens, heeft men dan weer minder aandacht voor potentieel natuurlijke doodsoorzaken.

In het buitenland werden de onderzoeken naar onverwachte overlijdens vaak oppuntgesteld nadat enkele zaken aan het licht kwamen waarbij het overlijden (in beide richtingen) verkeerd geattesteerd werd. Dit leidde tot het besluit dat een correcte vaststelling van de aard (en oorzaak) van het overlijden enkel mogelijk is indien de onderzoeksresultaten geëvalueerd worden door een neutraal, multidisciplinair team. Dit team komt vanuit alle mogelijke invalshoeken en met de nodige expertise tot een gezamenlijk en gefundeerd besluit rond wijze (en oorzaak) van overlijden. Dit mondde dan ook uit in de verschillende onderzoeksprotocollen die in verschillende landen ingebed werden in een wettelijk verplichtend kader.

3.4.2 Wet van 26 maart 2003 en Koninklijke Besluiten

Wanneer we het huidig wettelijk kader in België bekijken, komen we terecht bij de wet van 26 maart 2003 houdende de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden. De wet voorziet dat het lichaam van het kind wordt overgebracht naar een centrum voor wiegendood van een algemeen ziekenhuis, in overeenstemming met een aantal erkenningscriteria die vastgelegd werden in het Koninklijk Besluit van 27 april 2007. Dit Koninklijk Besluit definieert de concepten “centrum voor wiegendood” en “dienst voor anatoopathologie”. Naast de

definiëring van deze kernconcepten wijst men ook op de rol van de arts die het overlijden vaststelt. Hij moet namelijk contact opnemen met het dichtstbijzijnde centrum voor wiegendood. Het ziekenhuis staat uiteindelijk in voor het transport van het lichaam. Tot slot werd ook vastgelegd dat dit ziekenhuis een supportteam moet voorzien voor de opvang van de ouders en het gezin van het overleden kind (Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007a). Het Koninklijk Besluit van 27 april 2007 bepaalde eveneens dat de wet van 26 maart 2003 houdende de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden in werking treedt op 1 juli 2007 (Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007b).

Momenteel zijn er in Vlaanderen zeven wiegendoodcentra die instaan voor het onderzoek naar deze onverwachte en medisch onverklaarde overlijdens. Zij trachten niet enkel tegemoet te komen aan het achterhalen van de doodsoorzaak, maar willen ook een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke kennis over het overlijden van jonge kinderen (De Wilde, 2013).

De wet van 26 maart 2003 werd ingevoerd onder de bevoegdheid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De wettekst, die integraal terug te vinden is in bijlage 15, telt negen artikelen die onder andere de financiering regelen van de transfer van het lichaam, de aanvullende diagnostiek (inclusief autopsie) en de begeleiding van de ouders.

Artikel 2 licht kort de titel van de wettekst toe. In het bijzonder “Deze wet is van toepassing op autopsies die worden uitgevoerd op kinderen die onverwacht en om medisch onverklaarbare redenen vóór de leeftijd van achttien maand overleden zijn”. Er wordt echter geen definitie voorzien voor dit “onverwachte en medisch onverklaarbare overlijden”.

Artikel 3 benadrukt dat het niet om een automatische autopsie gaat. Wanneer één van de ouders zich tegenover de autopsie verzet, wordt de autopsie niet uitgevoerd. De arts die het overlijden heeft vastgesteld, speelt hierbij een belangrijke rol. Het is namelijk de taak van deze arts om de ouders in te lichten over de voorziene procedure en hun recht om dit te weigeren. Wanneer de ouders zich zouden verzetten kan de arts proberen de ouders te overtuigen door hen te informeren over de meerwaarde die een autopsie kan bieden. De uiteindelijke beslissing wordt genoteerd in het medisch dossier van het kind.

Artikel 4 bespreekt de te volgen procedure voor het overbrengen van het lichaam van het kind naar de dienst die instaat voor de autopsie. Hierin worden de voorwaarden vermeld waaraan deze dienst moet voldoen.

Vervolgens bespreekt *artikel 5* van deze wettekst de optie wanneer beide ouders overleden zijn of wanneer de ouders in staat van verlengde minderjarigheid zijn of onbekwaam verklaard zijn. Wanneer dit het geval zou zijn, wordt het recht op verzet doorgegeven aan de persoon die de voogdij uitoefent. Er wordt wel duidelijk vermeld dat, in het geval dat de

ouders in staat van verlengde minderjarigheid zijn of onbekwaam zijn verklaard, de ouders toch zoveel mogelijk moeten betrokken worden bij het beslissingsproces.

Wanneer er een autopsie zal worden uitgevoerd, moet dit volgens *artikel 6* zo snel mogelijk gaan en moet hierbij zoveel als mogelijk rekening gehouden worden met de ouders of de persoon die de voogdij uitoefent ten aanzien van het kind.

In *artikel 7* wordt duidelijk bepaald dat de autopsie met respect voor het stoffelijk overschot moet worden uitgevoerd. Pas na de autopsie wordt de uiteindelijke beslissing over de doodsoorzaak genomen en ingevuld op het overlijdensattest.

Artikel 8 wijst op het recht van de ouders om te weten welke informatie de autopsie naar voor heeft gebracht. Een arts van het centrum waar de autopsie werd uitgevoerd, deelt de resultaten mee aan de ouders. Deze resultaten kunnen ook worden meegedeeld aan de ouders via een bepaalde arts als tussenpersoon.

Tot slot stelt *artikel 9* vast dat na twee jaar een evaluatie wordt gemaakt door de Federale Kamers. Van deze evaluatie is echter tot op heden nog geen sprake.

3.4.3 Knelpunten

De huidige wetgeving met betrekking tot de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden bevat talrijke hiaten. Een belangrijk struikelblok van de wet van 26 maart 2003 is dat zij niet voorziet in een voldoende financiering. De wet voorziet tevens geen regeling voor een neutraal multidisciplinair onderzoek. Dit zijn slechts enkele van de knelpunten die hierna aan bod komen.

3.4.3.1 Feiten die mogelijk wijzen op een niet correcte toepassing van de huidige wetgeving

De praktijk wijst aan dat de wet van 26 maart 2003 niet altijd toegepast wordt. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken aangeduid worden.

Momenteel is het enkel zo dat de wet voorziet om een autopsie uit te voeren in een erkend wiegendoodcentrum. Om een overleden kind te kunnen transporteren naar het wiegendoodcentrum dient de goedkeuring van beide ouders verkregen te worden, wat in dergelijke omstandigheden niet altijd even vanzelfsprekend is (afwezigheid van één/beide ouders, weigering). Indien aan deze voorwaarde niet kan voldaan worden, wat niet zelden het geval is, kan het kind niet getransporteerd worden naar het wiegendoodcentrum. In zulke gevallen kan de attesterende arts beslissen om het overlijden als natuurlijk te attesteren en geen verder onderzoek te laten verrichten, of om het overlijden alsnog als een (potentieel) niet-natuurlijk overlijden te attesteren waarna een justitieel onderzoek zal volgen met eveneens inherente beperkingen.

De wet bepaalt evenmin wat er dient te gebeuren als ouders weigeren om een autopsie te laten uitvoeren (bv. om religieuze redenen). Er is geen mogelijkheid om een civiele zaak op te starten voor het verkrijgen van vervangende toestemming, zoals het NODO-protocol in Nederland wel voorziet. Het is echter wel mogelijk dat de vaststellende arts of de arts van het wiegendoodcentrum de procureur des Konings verwittigt indien hij grote vraagtekens heeft omtrent de aard van overlijden. De procureur des Konings kan daarop een opsporingsonderzoek starten en eventueel een gerechtelijke autopsie vorderen.

De praktijk doet in realiteit vermoeden dat een aantal artsen bovendien niet op de hoogte zijn van de te volgen procedure en niet over de nodige expertise beschikken om uit te maken of het een onverklaard overlijden betreft. Dit heeft tot gevolg dat een aantal artsen het niet nodig acht om een verder onderzoek te verrichten, waarop zij onterecht wiegendood of een andere natuurlijke doodsoorzaak attesteren. Hoewel het onmogelijk is dit in exacte cijfers uit te drukken, zijn er voldoende aanwijzingen dat een aantal van deze overlijdens als natuurlijk of als wiegendood geattesteerd worden zonder enig verder onderzoek.

Momenteel beschikken we dus over geen enkele weergave van het aantal onverwachte en medisch onverklaarde overlijdens bij kinderen onder de achttien maanden die niet onderzocht werden volgens de wet van 26 maart 2003, noch van het aantal weigeringen voor een autopsie.

3.4.3.2 Geen uniforme aanpak in overlijdensattestering en doorverwijzing naar wiegendoodcentra

De wet van 26 maart 2003 definieert bovenal geen uniforme aanpak voor de attestering en uitvoering van het onderzoek naar onverwachte en medisch onverklaarde overlijdens van kinderen onder de achttien maanden. Daardoor bestaat momenteel een grote verscheidenheid.

Er zijn artsen die deze overlijdens attesteren als geen “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar”, waarop het overleden kind – mits akkoord van beide ouders (cfr. supra) – naar het wiegendoodcentrum wordt getransporteerd voor aanvullende onderzoeken (onder andere autopsie). De twee andere luiken, namelijk inspectie plaats/omstandigheden van overlijden en sociale/justitiële context, worden in dat geval niet of onvoldoende verder onderzocht (door onvoldoende expertise van attesterende artsen, privacywetgeving).

In andere gevallen zal de arts nochtans in exact dezelfde omstandigheden wel gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aankruisen. Dit heeft als gevolg dat de procureur des Konings wordt ingeschakeld en beslist over het al dan niet opstarten van een opsporingsonderzoek. Hierbij moet enerzijds het plaats delict team een grondige inspectie van de plaats en omstandigheden van de fatale episode uitvoeren. Deze mensen hebben echter geen bijzondere expertise in de complexe problematiek van onverwachte overlijdens bij zuigelingen, en niet in het bijzonder in kindermis(be)handeling en wiegendood. Anderzijds wordt een wetsdokter gevorderd die een uitwendige schouwing uitvoert. Indien blijkt dat alles wijst op een natuurlijke dood of er geen aanwijzingen zijn voor een tussenkomst van derden,

kan de procureur het vooronderzoek stopzetten. In dat geval wordt er geengerechtelijke autopsie gevorderd en volgt dus ook geen nader onderzoek naar de juiste doodsoorzaak. De mogelijkheid bestaat dan dat de procureur het lichaam alsnog vrijgeeft, waarop het voor een medische autopsie en aanvullende diagnostiek naar het wiegendoodcentrum getransporteerd wordt. Deze optie wordt echter niet altijd aangewend. Een andere mogelijkheid is dat de procureur des Konings of de onderzoekrechter toch beslist om een gerechtelijke autopsie te vorderen.

Ondanks de impressie dat de drie luiken van een kwalitatief onderzoek aan bod komen indien gerechtelijk-geneeskundig bezwaar geattesteerd wordt, zijn er een aantal belangrijke bedenkingen bij deze benadering te formuleren.

Een eerste en cruciale bedenking is dat deze benadering wel meer garantie zou geven op een volledig onderzoek (cfr. drieluik). Hier ontbreekt echter opnieuw het multidisciplinair karakter van het onderzoek, dat de garantie biedt op voldoende expertise. Dit multidisciplinair karakter zorgt er bovendien voor dat men gezamenlijk en op basis van alle elementen van het onderzoek een gefundeerde uitspraak kan doen over aard (en oorzaak) van het overlijden.

Een tweede bemerking bij deze benadering is dat de kans bestaat dat de procureur beslist om de zaak te seponeren en er überhaupt geen verdere diagnostiek uitgevoerd wordt ter opsporing van de (dan hopelijk)natuurlijke doodsoorzaak.

Een laatste doch niet onbelangrijke bemerking hierbij is dat deze benadering vanzelfsprekend inhoudt dat al deze overlijdens als een verdacht overlijden behandeld worden. Dit zorgt ervoor dat ouders van een plots overleden zuigeling niet alleen geconfronteerd worden met de emotionaliteit van het overlijden op zich, maar ook met een plaats delict team dat de ouders inherent benadert als verdachten. Verder gaat deze benadering volgens ons dan weer aanleiding geven tot het attesteren van dergelijke overlijdens als een natuurlijk overlijden zonder enig verder onderzoek.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat de procureur na het aantekenen van gerechtelijk-geneeskundig bezwaar door de attesterende arts, in het slechtste geval, geen wetsdokter moet vorderen. Indien blijkt dat alles wijst op een natuurlijke dood of niets wijst op een tussenkomst van derden, hebben de meeste procureurs voldoende aan deze conclusie. Het doel van het opsporingsonderzoek is namelijk het opsporen van inbreuken op de strafwet en niet in se het bepalen van de doodsoorzaak. Het vooronderzoek stopt dan en men vordert geen autopsie. De afweging voor het vorderen van een autopsie hangt dus af van de ingeschatte noodzaak, in combinatie met de besparingen bij de Federale Overheidsdienst Justitie. De kosten van het onderzoek lopen bij het uitvoeren van een autopsie namelijk veel hoger op, tot een paar duizend euro's, terwijl een uitwendige schouwing slechts een paar honderd euro's kost.

3.4.3.3 Gebrek aan wetgevend kader voor onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind ouder dan achttien maanden

Ongeacht de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden, bestaat in België tot op heden nog geen systematische en gestandaardiseerde aanpak voor het onderzoeken van medisch onverklaarbare overlijdens bij kinderen ouder dan achttien maanden. Er is geen financiering voor aanvullende diagnostiek en ook hier ontbreekt vaak een politieel en sociaal onderzoek. Niettemin komen enkele situaties, zoals kindermishandeling, ook voor bij kinderen in de leeftijdscategorieën boven achttien maanden. De beperkte reikwijdte van de wetgeving is dan ook een lacune die in de toekomst grondig geëvalueerd moet worden.

3.4.3.4 Geen evaluatie van de wet van 26 maart 2003

Tot slot trad de wet van 26 maart 2003 pas in werking op 1 juli 2007 en werd dus laattijdig uitgevoerd. Bovendien ontbreekt tot hiertoe een evaluatie van de wet. Ondanks de wettelijk vooropgestelde termijn om na twee jaar een evaluatie te maken, is hiervan nog geen sprake geweest. Enkel door middel van een evaluatie kunnen de aanwezige lacunes gedetecteerd worden en kan men gelijkaardig tekortkomingen in de toekomst vermijden. Dergelijke evaluatie zal vermoedelijk aantonen dat er nood is aan een uniform onderzoek naar alle onbekende overlijdens van minderjarigen, dat op basis van een duidelijk verplicht protocol tewerk gaat. Op basis van een grondig onderzoek, met inachtneming van alle onderzoeksresultaten, zullen in veel gevallen de doodsoorzaak en de aard van overlijden kunnen worden vastgesteld. Dit onderzoek draagt dan ook bij tot een goede dataverzameling voor een Child Death Review. Zo kunnen dankzij de juiste diagnoses uiteindelijk correcte preventiecampagnes worden opgestart.

3.4.4 Toetsing aan de internationale literatuur

Uit paragraaf 3.4.2 en 2.4.2 blijkt dan ook dat de context rond onverklaarde overlijdens in België mijlenver staat van de internationale praktijk. In België bestaat tot op heden geen Child Death Onderzoek bij plotse onverwachte of onverklaarde overlijdens onder de achttien jaar. De wetgeving van 26 maart 2003 is enkel van toepassing op kinderen onder de achttien maanden en regelt bovendien enkel en alleen de autopsie. Zij voorziet niet in een regeling voor de drie luiken (medisch, sociaal en justitieel) die nodig zijn voor een goed onderzoek.

Eerder werd al duidelijk dat men hier internationaal verder staat, aangezien men beschikt over onderzoeksprotocollen waardoor er een garantie is op de uitvoering van een volledig uniform onderzoek van alle plotse en onverwachte of onverklaarde overlijdens. Bovendien worden deze overlijdens onderzocht door een multidisciplinair team die hun expertise en ervaring bundelen en grondig overleggen.

3.4.4.1 Belang post mortem onderzoek en autopsie in het bijzonder

Binnen de opdracht van het onderzoeksproject werd ook gevraagd om het nut na te gaan van het systematisch invoeren van autopsies bij overleden kinderen in het algemeen en in situaties van wiegendoed in het bijzonder. In de literatuur wordt het belang van post mortem onderzoek meerdere malen onderstreept. Volgens onderzoek zou één op de twee doodsoorzaken foutief gediagnosticeerd worden op grond van een uitwendige schouwing alleen, zonder een aanvullende inwendige schouwing (autopsie). Knight (1997) verklaart hierover: *“Where there is low autopsy rate, some jurisdictions require medico-legal doctors to make an external examination, which is far less satisfactory as even with a good circumstantial history, the errors in determining the cause of death without autopsy are at least 50 per cent”*. Verschillende studies gingen op zoek naar het ware nut van een autopsie.

Van 1998 tot 2001 bijvoorbeeld voerde men in Duitsland een studie uit voor het identificeren van niet-natuurlijke overlijdens onder kindersterfgevallen die oorspronkelijk als SUDI geattesteerd werden. Toen voerde Duitsland al in ongeveer 50 procent van de onverwachte en onverklaarde overlijdens van kinderen een autopsie uit. De studie verrichtte echter een volledig klinopathologisch onderzoek, met autopsie, bij in totaal 339 kindersterfgevallen. Hieruit volgde dat 292 (86.1%) overlijdens geassocieerd konden worden met SIDS, dat in 30 (8.8%) gevallen een natuurlijke oorzaak aan de basis van het overlijden lag en dat het in 17 (5.0%) gevallen om een niet-natuurlijk overlijden bleek te gaan. In 3 van deze 17 (20%) niet-natuurlijke gevallen was het onmogelijk om de doodsoorzaak te achterhalen. Het aandeel kindermoorden waarvan men oorspronkelijk dacht dat het om wiegendoed ging, was volgens dit onderzoek gering (3.5%). Deze studie stelde dus vast dat het niet altijd mogelijk is om de doodsoorzaak te identificeren. Indien de oorzaak toch ontdekt wordt, blijkt het bovendien nog altijd moeilijk om de waarheid over accidentele of intentionele handelingen te ontdekken (Bajanowski et al., 2005).

In Nederland bleek de NODO-procedure eveneens effectief in het achterhalen van de aard van het onverwachte en onverklaard overlijden van een minderjarige. Een natuurlijke oorzaak bleek in 38 van de 40 onderzochte cases het overlijden te verklaren. In 25 procent van deze 38 gevallen van natuurlijk overlijden bleef de doodsoorzaak onbekend. Wiegendoed is hier een voorbeeld van. Bij 2 gevallen ging het om een niet-natuurlijk overlijden, maar hier was geen sprake van kindermishandeling (PwC, 2013).

De Engelse CESDI-SUDI studies toonden aan dat ongeveer twee derde van de onverwachte overlijdens onverklaard blijven en uiteindelijk definitief worden geassocieerd met SIDS of SUDI, zelfs na een grondig post mortem onderzoek. In één op drie overlijdens bracht de autopsie een verklaring voor het overlijden aan het licht (M. Weber & Sebire, 2011).

In België heeft men tot op heden geen wetenschappelijk onderbouwd zicht op de noodzaak van systematische autopsies. Daarvoor zou een evaluatie van de wet van 26 maart 2003 moeten doorgevoerd worden. Uit parlementaire discussies blijkt echter dat er meerdere argumenten voor de uitvoering van een autopsie pleiten, zoals daar zijn: de doodsoorzaak

bepalen, tegemoet komen aan de wil van de ouders, erfelijke aandoeningen onthullen en bewijskracht voor preventieve maatregelen (De Wilde, 2013).

Het post mortem onderzoek is ogenschijnlijk een onmisbaar puzzelstuk in het hele onderzoek naar onverwachte en onverklaarde overlijdens bij minderjarigen (Bechtel, 2012). Desondanks is het nog steeds aan de experts ter zake om te beslissen welke onderzoeken nodig zijn in functie van het achterhalen van de doodsoorzaak (Bajanowski et al., 2005). Systematische autopsies zullen dus niet noodzakelijk meer oorzaken aan het licht brengen (M. Weber & Sebire, 2011). Hoe dan ook is men er van overtuigd dat het – zelfs zonder aandacht te schenken aan alle elementen van een grondig onderzoek (onder andere autopsie, plaatsbezoek, medische en sociale voorgeschiedenis) – heel moeilijk wordt om wiegendoed te onderscheiden van andere onverklaarde oorzaken van overlijden (Hauck & Tanabe, 2010).

3.5 Actoren en procedures in geval van kindermishandeling

Uit hoofdstuk 1 bleek al dat een vraag van het Vlaams Forum Kindermishandeling de aanleiding was voor de totstandkoming van dit onderzoeksrapport. Aangezien het de bedoeling is om binnen dit onderzoeksrapport zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande structuren, is het interessant om een beeld te schetsen van de bestaande initiatieven omtrent kindermishandeling. Het Protocol Kindermishandeling van 2010 is één van deze initiatieven. Deze gemeenschappelijke richtlijn regelt de aanpak van kindermishandeling binnen de hulpverlening en justitie. Het is een gedragscode, een stappenplan, voor een kwaliteitsvolle interventie in een gepaste aanpak van kindermishandeling. Dit protocol werd ondertekend door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de minister van Justitie en legt afspraken vast voor een structureel overleg tussen vertegenwoordigers van de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap (Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid (DSB), X.). Het protocol beoogt een intense samenwerking tussen welzijn, politie en justitie via de oprichting van verschillende overlegorganen.

De hiernavolgende paragrafen geven de actoren weer die volgens het Protocol Kindermishandeling momenteel betrokken worden bij gevallen van kindermishandeling. Aansluitend gaan we kort in op een praktische toepassing van het Protocol Kindermishandeling, zijnde het pilootproject “Protocol van Moed”.

3.5.1 Actoren

3.5.1.1 Arrondissementele Raden voor Kindermishandeling (ARRo KM)

De Arrondissementele Raden Kindermishandeling werden in 2010 opgericht door het Protocol Kindermishandeling. Ze vormen een subgroep van de arrondissementele raden voor slachtofferbeleid²², die reeds in de jaren '90 van start gingen (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010). Net zoals de arrondissementele raden slachtofferbeleid bevinden de ARRo's KM zich op het niveau van het gerechtelijk arrondissement en komen minstens tweemaal per jaar samen (Arrondissementele raad Kindermishandeling, 2013). Deze bijeenkomsten zijn een overlegmoment voor beleidsverantwoordelijken en actoren op het gebied van kindermishandeling en vormen de basis voor het arrondissementele beleid hieromtrent. De overlegmomenten worden steeds bijgewoond door vertegenwoordigers van de jeugdhulpvoorzieningen²³, het jeugdparquet²⁴ en de zetel van de jeugdrechtbank. Daarnaast wordt de Unie van Jeugdadvocaten uitgenodigd en kan eveneens een justitieassistent slachtofferonthaal aanwezig zijn (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

De doelstelling van dit structureel overlegorgaan is driedig (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010):

- het beter leren kennen van elkaars aanbod, met de daarbij horende mogelijkheden en beperkingen;
- het bespreken van anonieme dossiers met het oog op deskundigheidsbevordering;
- het bespreken van structurele problemen betreffende de aanpak van kindermishandeling in de regio; het signaleren van structurele problemen inzake de aanpak van kindermishandeling aan het Vlaams Forum Kindermishandeling.

Deze besprekingen kunnen enerzijds leiden tot interne beslissingen over de eigen werking, alsook tot beleidsadviezen omtrent de opdracht van de ARRo KM (Arrondissementele raad Kindermishandeling, 2013).

²² Dit zijn de overlegstructuren die zijn opgericht ingevolge het Samenwerkingsakkoord van 7 april 1998 tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake slachtofferzorg (bekrachtigd door de wet van 11 april 1999 en het decreet van 15 december 1998, B.S. 13 juli 1999). Deze arrondissementele raden zijn tevens voorzien in het protocolakkoord inzake slachtofferzorg van 5 juni 2009 voor Brussel en Wallonië. Zie protocolakkoord van 5 juni 2009 tussen de Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie inzake slachtofferzorg (B.S. 15 juli 2009); protocolakkoord van 5 juni 2009 tussen de Staat, de Franse Gemeenschap en het Waalse Gewest inzake Slachtofferzorg (B.S. 15 juli 2009) en het protocolakkoord van 5 juni 2009 tussen de Staat en de Duitstalige Gemeenschap inzake slachtofferzorg (B.S. 15 juli 2009).

²³ Zowel van de netwerken rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, crisisjeugdhulp, als van voorzieningen voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

²⁴ Dit kunnen zowel de parketcriminoloog jeugd en gezin als de referentiemagistraat kindermishandeling zijn (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

3.5.1.2 Vlaams Forum Kindermishandeling

Het Protocol Kindermishandeling richtte in 2010 eveneens het Vlaams Forum Kindermishandeling op. Het Forum ontstond na een samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat (Federale Overheidsdienst Justitie) en de Vlaamse Gemeenschap (beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin). Beide overheden zijn evenwaardige partners en staan in voor de organisatie van het VFK (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

De opdracht van het Forum start op het beleidsniveau, waar het de structurele problemen omtrent kindermishandeling bespreekt (Samenwerkingsakkoord oprichting VFK, 2011). De actuele knelpunten worden aan hen gerapporteerd vanuit het praktijkniveau, namelijk door het Voorzittersoverleg van de arrondissementele raden kindermishandeling. Dit overleg vormt een brug vormt tussen de ARRo's KM en het Vlaams Forum (Voorzitters overleg arrondissementele raden kindermishandeling, 2013). Op basis van de besproken problematieken formuleert het VFK voorstellen en aanbevelingen aan de bevoegde federale en Vlaamse overheden en zoekt het actief mee naar oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Ten slotte verstrekt het Forum ook advies aan de bevoegde overheden over elke aangelegenheid die van belang is voor de ontwikkeling van het beleid inzake de aanpak van kindermishandeling, en in het bijzonder over de opvolging van het Protocol Kindermishandeling (Federale Staat & Vlaamse Gemeenschap, 2011). Net zoals bij de ARRo's KM kunnen de besprekingen van het VFK dus enerzijds leiden tot interne beslissingen over de eigen werking, alsook tot beleidsadviezen omtrent de opdracht van het VFK (Federale Staat & Vlaamse Gemeenschap, 2013).

Het VFK vergadert minstens twee maal per jaar en brengt daarbij vertegenwoordigers samen van de Federale Overheidsdienst Justitie, het College van Procureurs-Generaal, de parketcriminologen "jeugd en gezin", de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, de Vaste Commissie op de Lokale Politie, de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en het Agentschap Kind & Gezin (Federale Staat & Vlaamse Gemeenschap, 2011). Het Forum kan steeds de medewerking van deskundigen en andere bevoegde diensten vragen door hen uit te nodigen voor de vergaderingen (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

3.5.1.3 Gespecialiseerde aanspreekpunten

Daarnaast voorziet het Protocol Kindermishandeling ook gespecialiseerde aanspreekpunten voor de partners van justitie en welzijn. De referentiemagistraten kindermishandeling nemen deze rol op binnen justitie, waar de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK) dit binnen de hulpverlening doen. Beide actoren worden besproken in de hiernavolgende alinea's.

3.5.1.4 Hulpverlening

In de hulpverlening komen verschillende actoren in contact met kindermishandeling. Binnen het toepassingsgebied van de Integrale Jeugdhulp heeft elke actor een verschillende

expertise, zoals het Algemeen Welzijnswerk, de Bijzondere Jeugdbijstand, de Centra voor Leerlingenbegeleiding, Kind & Gezin en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Deze voorzieningen maken onderling afspraken inzake het omgaan met situaties van mogelijke kindermishandeling. Daarenboven responsabiliseren ze hun hulpverleners om professioneel om te gaan met dergelijke situaties (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010). Daarnaast is er de categorie van hulpverleners of diensten die niet tot de Integrale Jeugdhulp behoren. Zij kunnen door de Integrale Jeugdhulp geraadpleegd worden om de aanpak van een problematiek te ondersteunen en beschikken ook zelf over de mogelijkheid om naar de jeugdhulpverleningssector door te verwijzen (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

Bovenop al deze bestaande actoren voorziet het Protocol Kindermishandeling gespecialiseerde aanspreekpunten voor partners binnen de hulpverlening: de Vertrouwenscentra Kindermishandeling of VK's. Elke Vlaamse provincie beschikt over een VK, net als het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en wordt gesubsidieerd via Kind & Gezin. De VK's zijn multidisciplinair samengesteld en vormen een meldpunt voor alle mogelijke situaties van kindermishandeling. Ze bieden hulp- en dienstverlening aan in overeenstemming met de behoeften van het kind en zijn ook verantwoordelijk voor de sensibilisering van de samenleving omtrent de problematiek van kindermishandeling. Verder signaleert het centrum aan de bevoegde instanties systematisch ontwikkelingen, knelpunten en behoeften omtrent de hulpverlening rond kindermishandeling (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002).

3.5.1.5 Politiediensten

Politiediensten spelen eveneens een essentiële rol in het domein van de kindermishandeling. De ministeriële richtlijn van 20 februari 2002²⁵ voorziet dat onderzoeken inzake kindermishandeling in principe worden toevertrouwd aan de lokale politie, onverminderd de gespecialiseerde bijstand die de federale politie moet leveren (bv. het verhoor van minderjarige slachtoffers en getuigen). De politiediensten zijn enerzijds verantwoordelijk voor het opsporen en vaststellen van de feiten, maar anderzijds vervullen zijn ook een belangrijke taak in de slachtofferbejegening. Deze functie wordt ingevuld door een gespecialiseerde politionele slachtofferbejegenaar (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

3.5.1.6 Gerechtelijke overheden

Binnen het gerechtelijk apparaat zijn een aantal personen bevoegd voor de behandeling van gevallen van kindermishandeling. De procureur des Konings beschikt over een parketmagistraat die belast is met jeugdzaken en zich vooral bezig houdt met de beschermende zijde van kindermishandeling. Deze parketmagistraat wordt meestal

²⁵Deze richtlijn regelt de taakverdeling, de samenwerking, de coördinatie en de integratie tussen de federale en de lokale politie inzake de opdrachten van gerechtelijke politie. Meer specifiek bevat hij ook criteria inzake de toewijzing van de onderzoeken.

eveneens aangeduid als referentiemagistraat kindermishandeling. Hij vormt in het kader van het Protocol Kindermishandeling het aanspreekpunt voor de hulpverleners en politieambtenaren en wordt in zijn taak bijgestaan door de parketcriminologen “jeugd en gezin” (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010). Daarnaast kan de procureur ook beroep doen op een tweede parketmagistraat die verantwoordelijk is voor de strafrechtelijke aanpak van kindermishandeling.

Indien een strafrechtelijke procedure moet opgestart worden, komt de onderzoeksrechter in het verhaal voor. Hij wordt enkel ingeschakeld bij het stellen van onderzoeksdaaden die kunnen ingaan tegen fundamentele mensenrechten. Tot slot kan eveneens de jeugdrechter steeds ingeschakeld worden (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

3.5.2 Procedure: Protocol van Moed

Het Protocol van Moed is een praktische toepassing van het Protocol Kindermishandeling en regelt het dossier gebonden casusoverleg tussen hulpverlening, politie en parket. Het protocol werd begin 2012 opgestart in de vorm van een pilootproject en wordt momenteel gebruikt binnen het gerechtelijk arrondissement Antwerpen. De modaliteiten van het proefproject werden vastgelegd in een theoretisch kader en een draaiboek. Het draaiboek bevat zowel richtlijnen voor de melding van gevallen van kindermishandeling en de risico-inschatting, als voor het overleg tussen de hulpverlenings- en justitiële sector. Het geeft daarbij in het bijzonder aandacht aan het spreekrecht en het beroepsgeheim in specifieke situaties (Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2012).

Verschillende diensten en hulpverleners traden toe tot het pilootproject. De betrokken instanties zijn op dit moment (Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2012):

- Integrale Jeugdhulp Antwerpen
- Parket van de procureur des Konings
- Lokale Politie
- Sociale Dienst Jeugdrechtbank Antwerpen
- Ziekenhuizen en huisartsen en therapeuten

In geval van een positieve evaluatie van het proefproject, kan een aanpassing van het Protocol Kindermishandeling en aldus een uitbreiding naar andere gerechtelijke arrondissementen overwogen worden (FOD Justitie & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010).

3.6 Conclusie

Dit hoofdstuk gaf eerst een overzicht van het aantal kindersterfgevallen (tot en met de leeftijd van 19 jaar) in België en het Vlaams Gewest. Naar schatting twee derde van het totaal aantal kindersterfgevallen in het Vlaams Gewest (dit zijn er 468) zou baat hebben bij een Child Death Review. Het overige aantal behelst de neonatale sterfgevallen, die meestal duidelijk natuurlijk zijn en overlijden in een ziekenhuiscontext. Op basis van de huidige cijfers (in de categorie “onvolledig omschreven en onbekende oorzaken van sterfte”) zouden echter slechts 23 van de 468 kindersterfgevallen in het Vlaams Gewest baat hebben bij een Child Death Onderzoek. Aangezien de huidige statistische gegevens van het ADSEI zeer vermoedelijk onvolledig en onbetrouwbaar zijn, is dit mogelijk een onderschatting van het effectieve aantal.

Vervolgens werd de huidige Vlaamse en Brusselse context geschetst met zijn knelpunten, met aansluitend een toetsing van deze knelpunten aan de internationale literatuur. De analyse toonde aan dat het in de huidige Vlaamse en Brusselse praktijk op heden onmogelijk is om een wetenschappelijk gefundeerde en kwaliteitsvolle Child Death Review uit te voeren.

Vooreerst moet de attesteringsproblematiek bij de vaststelling van een overlijden bij minderjarigen herzien worden. Er rust een zeer grote verantwoordelijkheid op de schouders van de vaststellende arts. Een verplicht overleg met een tweede (forensisch opgeleide) arts bij alle overlijdens van kinderen onder de 18 jaar zou zeer vermoedelijk reeds een belangrijke verbetering geven in het correct attesteren en aldus catalogeren van overlijdens van minderjarigen. Een betere registratie en catalogering van overlijdens zijn cruciaal voor het bekomen van correcte en relevante statistische gegevens met het oog op preventie.

Een tweede knelpunt is het ontbreken van een grondig Child Death Onderzoek van onbekende overlijdens bij minderjarigen. Enkel wanneer er duidelijkheid heerst omtrent de aard van het overlijden en hierbij aansluitend de effectieve doodsoorzaak van elk overlijden van een minderjarige kunnen objectieve, gestructureerde gegevens verzameld worden die in een later stadium door een multidisciplinair Child Death Review team kunnen geanalyseerd worden. Een gesystematiseerd en grondig Child Death Onderzoek van alle onbekende overlijdens bij minderjarigen dringt zich daarom op.

Tot slot zijn de huidige statistische gegevens van het ADSEI zeer vermoedelijk onvolledig en aldus onbetrouwbaar. Deze cijfers laten ons niet toe betrouwbare conclusies te trekken omtrent de aard van overlijden (prevalentie van natuurlijk versus niet-natuurlijk) en statistische trends. De voorwaarde voor een efficiënte Child Death Review praktijk is correcte en kwaliteitsvolle data analyseren, waaruit dan preventieve maatregelen kunnen worden geformuleerd. Enerzijds een aanpassing van het huidige overlijdensattest en anderzijds de invoering van standaardformulieren voor de uniforme, kwalitatieve registratie van informatie omtrent elk overlijden van een minderjarige zijn noodzakelijk.

Hieruit kunnen we concluderen dat België ver verwijderd is van de internationale situatie. Verwijzend naar deze knelpunten hebben we voor het opstarten van een goede Child Death Review dus drie zaken nodig: (1) een kwalitatieve, sluitende attestering van overlijdens bij alle kinderen onder de 18 jaar, (2) een grondig en gestructureerd Child Death Onderzoek van alle onbekende overlijdens onder de 18 jaar en aldus (3) een correcte, gesystematiseerde dataverzameling en catalogering ervan in een databank. Deze drie vereisten zijn momenteel niet aanwezig in Vlaanderen en Brussel, waardoor een goede Child Death Review op dit ogenblik onmogelijk is.

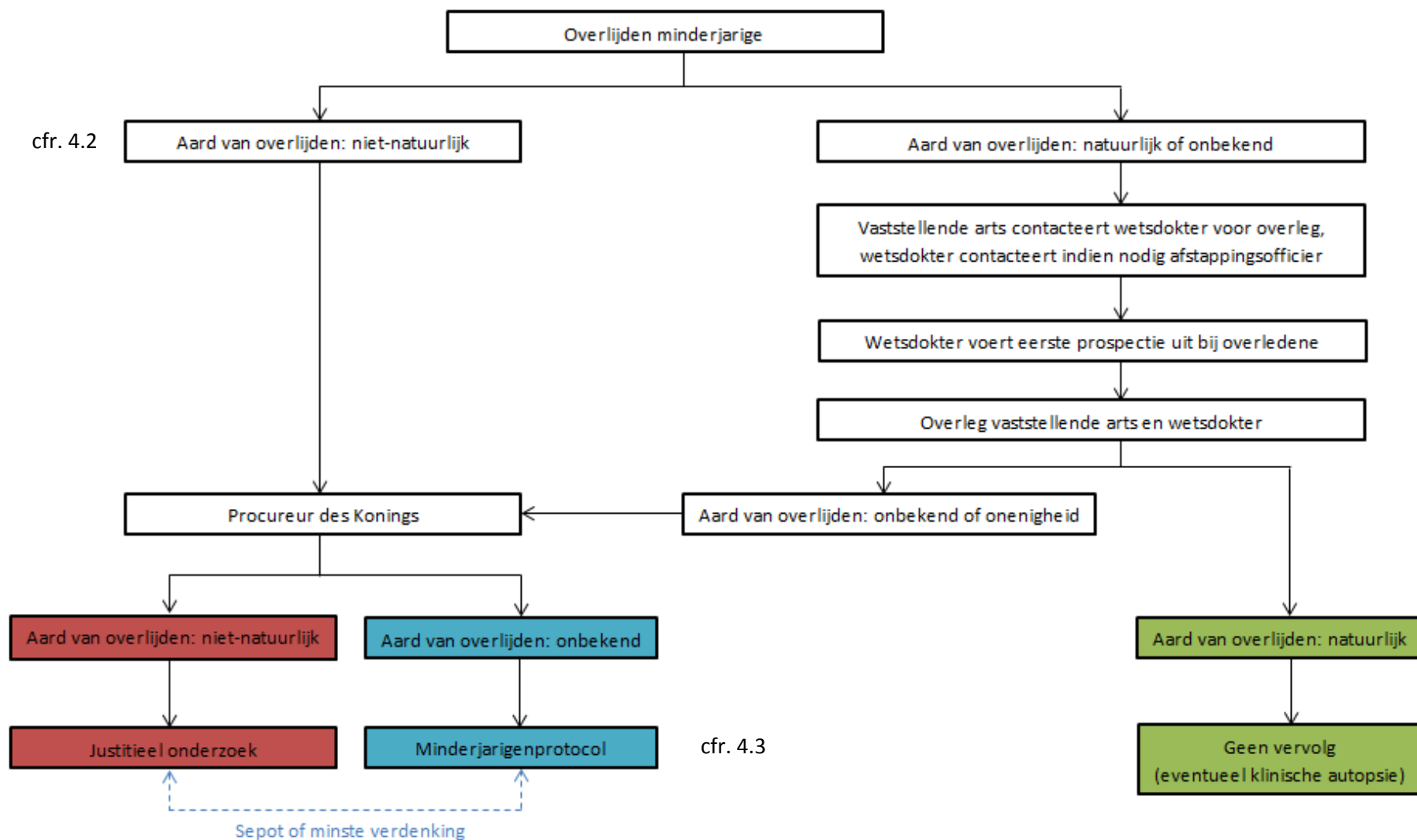
4. Voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel

4.1 Inleiding

Verwijzend naar hoofdstuk 2 en 3 moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden om tot een efficiënte en relevante Child Death Review te komen in Vlaanderen en Brussel. Gezien deze attesteringsproblematiek is het allereerst van groot belang om de kwaliteit van de overlijdensvaststelling te verbeteren (cfr. 4.2). Alle overlijdens van minderjarigen moeten met de nodige zorg worden vastgesteld. Om dit te verwezenlijken zijn twee cruciale veranderingen nodig. Vooreerst de invoering van een overlegplicht geassocieerd aan het attesteren van een overlijden, waarbij inherent hieraan verbonden de invoering van een nieuw overlijdensattest. Vervolgens dient een duidelijke uniforme en verplichte aanpak te worden gedefinieerd voor de sterfgevallen waarvan de aard van het overlijden initieel onbekend is. Deze sterfgevallen kunnen onderworpen worden aan een Child Death Onderzoek, dat de aard van overlijden en de doodsoorzaak tracht te identificeren (cfr. 4.3). Pas als aan deze voorwaarden is voldaan, kan men starten met het opzetten van een Child Death Review praktijk in Vlaanderen en Brussel (cfr. 4.4). De slaagkansen hiervan worden grotendeels bepaald door een goede informatieverzameling en –beheer, en door de expertise en het multidisciplinair karakter van de Child Death Review teams.

De voorgestelde wijzigingen gaan gepaard met een aantal kritische randvoorwaarden waaraan dient voldaan te worden. Deze zullen steeds op het einde van de paragraaf toegelicht worden.

Dit protocol begint met de voorstelling van een beslissingsdiagram (figuur 9), waarin per stap wordt verwezen naar de desbetreffende paragraaf.



Figuur 9: Beslissingsdiagram bij het overlijden van een minderjarige.

4.2 Overlijdensattestering

4.2.1 Situering en motivering

In België heeft de attesterende arts een unieke positie (cfr. 3.3), in tegenstelling tot landen waar men vaak wel beschikt over een controlemiddel voor de overlijdensattestering (cfr. 2.4.1). De rol van de vaststellende arts bij de overlijdensattestering moet dan ook worden herzien. De autonomie en verantwoordelijkheid voor het bepalen van de aard van overlijden mag niet bij één persoon liggen. Dit moet overgelaten worden aan artsen met een specifieke opleiding, die er dagelijks mee bezig zijn en weten hoe een onderzoek van een overledene correct uit te voeren. We stellen dan ook voor dat vaststellende artsen altijd een voldoende gekwalificeerde arts contacteren voor overleg bij de overledene, met uitzondering van de overduidelijke niet-natuurlijke overlijdens. De vaststellende arts behoudt hierbij de autonomie om het overlijden vast te stellen, maar de aard van overlijden wordt bepaald door beide artsen.

Het debat over welke tweede arts men bij de overlijdensattestering gaat betrekken, werd reeds eerder gevoerd. Sinds 2005 ligt een wetsvoorstel op tafel voor de invoering van een schouwarts. Dit wetsvoorstel beoogt het post mortem onderzoek te regelen bij ongewone sterfgevallen²⁶ en pleit voor een systeem van schouwartsen. Dit lijkt ons praktisch onmogelijk, gezien verschillende discussies over de opleiding en de financiering van deze nieuwe functie. Een tweede mogelijkheid is de invoering van kinderartsen, maar in de praktijk blijkt dat niet alle kinderartsen hiervoor een voldoende opleiding hebben gekregen.

In het kader van de attesteringsproblematiek en de invoering van de zonet vermelde overlegplicht is het eveneens noodzakelijk om het huidige overlijdensattest te vervangen door een nieuw document. Hierbij pleiten we voor de toevoeging van een optie “onbekend overlijden” op strook A van het huidige overlijdensattest. Deze term omvat alle sterfgevallen waarbij de aard van overlijden niet onmiddellijk kan worden aangewezen en waarbij verder onderzoek dient te worden verricht. Een uitvoerige omschrijving van dit begrip wordt verderop besproken (cfr. 4.2.3).

Het voorstel van aanpak in dit onderzoeksrapport integreert beide veranderingen (figuur 9).

²⁶ Ongewone sterfgevallen zijn: “gewelddadige overlijdens, alle gevallen waarin een gewelddadig overlijden vermoed wordt en ook de gevallen van plotse of onverdachte overlijdens waarbij een misdrijf niet meteen voor de hand ligt maar ook niet kan worden uitgesloten” (Germeaux, 2005).

4.2.2 Invoering overlegplicht bij natuurlijke en onbekende overlijdens

4.2.2.1 Betrokkenheid tweede arts

Voor de overlijdensattestering van natuurlijke en onbekende overlijdens van minderjarigen pleiten we voor een verplichte tussenkomst van een onpartijdig en onafhankelijk erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde²⁷ (in de courante praktijk benoemd als “wetsdokter”), of een assistent in opleiding in de gerechtelijke geneeskunde met minstens één jaar ervaring. Dit objectiveert de beslissing over de aard van overlijden en neemt eventuele druk weg van de schouders van de vaststellende arts. Praktisch komt het er dus op neer dat de vaststellende arts een geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde contacteert en hem meldt dat een onderling overleg in het kader van een natuurlijk of onbekend overlijden noodzakelijk is. Dit impliceert het ter plaatse komen van de geneesheer-specialist bij de overledene, waar hij eveneens een eerste prospectie van het lichaam zal uitvoeren. Vervolgens vindt een (al dan niet telefonisch) overleg plaats tussen de vaststellende arts en de wetsdokter om de aard van overlijden (natuurlijk of onbekend) te bepalen.

De invoering van deze overlegplicht moet geregeld worden door het Burgerlijk Wetboek²⁸, waarin de rol van de erkende geneesheer-specialist of assistent in opleiding in de gerechtelijke geneeskunde met minstens één jaar ervaring moet worden ingeschreven (cfr. 4.2.5.1). Bij duidelijke niet-natuurlijke overlijdens geldt deze overlegplicht niet en dient onmiddellijk de procureur des Konings gecontacteerd te worden. In deze gevallen wordt de huidige procedure behouden. Bovendien moet het Burgerlijk Wetboek voorzien dat de ambtenaar van de burgerlijke stand de procureur moet verwittigen ingeval een handtekening ontbreekt bij een overlijdensattest van een natuurlijk of een onbekend overlijden.

Samengevat, alle natuurlijke en onbekende overlijdens van minderjarigen zullen door een geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of een assistent na het eerste jaar opleiding) moeten worden onderzocht. De rol van de vaststellende arts beperkt zich dan tot het vaststellen van de dood. Zodra de aard van overlijden niet bepaald kan worden, heeft de arts geen andere keuze dan een onbekend sterfgeval vast te stellen. Dit voorstel garandeert een uniforme, objectieve en consistente afhandeling van alle kindersterfgevallen in Vlaanderen en Brussel (en België), waarbij de zoektocht naar de juiste aard van het overlijden primeert. Daardoor wordt de grijze zone tot het minimum beperkt en bijgevolg ook het aantal sterfgevallen dat door de mazen van het net glipt.

²⁷ De invulling van het begrip ‘geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde’, hierna wetsdokter genoemd, wordt geregeld door artikel 1 van het ministerieel besluit van 27 februari 2002 “tot vaststelling van de bijzondere criteria voor erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gerechtelijke geneeskunde”.

²⁸ de artikelen 77, 78, 80, 81, 83, 84 en 85 regelen de aangifte van een overlijden.

4.2.2.2 Betrokkenheid politie en justitie

Rol afstappingsofficier

Paragraaf 3.3.3 lichtte al toe dat er in Gent momenteel een pilootproject lopende is aangaande de rol van de afstappingsofficier. In het kader van deze onderzoeksopdracht is zijn functie waardevol voor de ondersteuning van de overlijdensattestering en het Child Death Onderzoek dat verder aan bod komt (cfr. 4.3). De meerwaarde van een afstappingsofficier ten opzichte van een politieagent is dat hij in burger en met de nodige expertise discreet ter plaatse gaat. Daarnaast is hij opgeleid om argumenten die mogelijkerwijs op een verdacht sterfgeval wijzen, te herkennen en aldus sporenbewust te handelen. Hij kan dan ook onmiddellijk een inschatting maken of het noodzakelijk is om de procureur des Konings te contacteren. Bovendien gaat de afstappingsofficier op een objectieve, wetenschappelijke en sporenbewuste manier om met de plaats van overlijden.

De rol van de afstappingsofficier in dit voorstel van aanpak zal echter beperkter zijn dan in het huidige pilootproject in Gent, waar hij ingezet wordt bij alle overlijdens (behalve verkeersongevallen). In ons voorstel van aanpak kan de wetsdokter indien nodig de afstappingsofficier ter plaatse roepen bij natuurlijke en onbekende overlijdens (cfr. figuur 9). De afstappingsofficier kan namelijk vanuit twee verschillende oogpunten een bijdrage leveren aan het overleg. Ten eerste verzamelt hij allerhande contextinformatie over de overleden minderjarige. Hij heeft de bevoegdheid om eventuele juridische antecedenten na te gaan en contact te leggen met de familie en betrokkenen, in tegenstelling tot de vaststellende arts of de wetsdokter. Ten tweede voert hij een eerste inspectie uit van de plaats van overlijden, waarbij hij steeds sporenbewust zal optreden. Indien de wetsdokter en/of afstappingsofficier een volledig sporenonderzoek noodzakelijk achten, zal meteen de procureur worden ingelicht om een plaats delict team te vorderen.

Het overleg tussen de vaststellende arts, de wetsdokter en de afstappingsofficier wordt vooral beoogd bij onbekende overlijdens, waar een multidisciplinaire blik cruciaal is om de in eerste instantie onbekende aard van overlijden op te helderen.

Rol van de procureur des Konings bij onbekende overlijdens

Dit voorstel van aanpak stelt voorop dat de procureur des Konings de bevoegdheid krijgt om te beslissen over het vervolgonderzoek bij een onbekend overlijden van een minderjarige (cfr. figuur 9). Indien de procureur over voldoende aanwijzingen beschikt om aan te nemen dat het een niet-natuurlijk overlijden betreft, volgt een justitieel onderzoek. Bij onvoldoende aanwijzingen start hij het Child Death Onderzoek op.

4.2.3 Invoering nieuw overlijdensattest voor minder- en meerderjarigen

4.2.3.1 Twee nieuwe modellen

Paragraaf 3.3.1 vermeldde reeds de aanwezigheid van twee modellen voor de aangifte van een overlijden in België: model IIID voor het overlijden van een kind jonger dan één jaar of een doodgeboren kind (in overeenstemming met bepaalde criteria) en model IIIC voor personen van één jaar of ouder (Ministerie van Economische Zaken, 2000). Om een onderscheid te maken tussen minderjarigen en volwassenen is er het voorstel om beide modellen aan te passen naar enerzijds een model voor minderjarigen (IIID), en anderzijds een model voor personen van achttien jaar of ouder²⁹ (IIIC). Daarnaast wordt een extra strook aan model IIID toegevoegd. Strook C van het huidige model IIID bevat namelijk een bijkomende pagina waarop de vaststellende geneesheer inlichtingen met betrekking tot de geboorte invult. Wij wensen deze optie te behouden, maar stellen voor om deze strook “inlichtingen met betrekking tot de geboorte” te herbenoemen als extra strook E. Strook E moet dan enkel worden ingevuld bij het nieuwe model voor minderjarigen (IIID) indien het gaat om het overlijden van een kind jonger dan één jaar of om een doodgeboren kind (in overeenstemming met bepaalde criteria).

Bij deze gelegenheid wensen we ook aan te kaarten dat de invoering van twee nieuwe modellen onvoldoende is. Het huidige overlijdensattest is aan een volledige herziening toe. Indien de invoering van beide modellen effectief zou doorgaan, moet dit bovendien op het nationale niveau gebeuren. Het is omwille van het gelijkheidsbeginsel immers onmogelijk om twee verschillende attesten te behouden voor Vlaanderen en Wallonië.

4.2.3.2 Onderscheid natuurlijk, niet-natuurlijk en onbekend overlijden

Naast een verandering van de huidige modellen van het overlijdensattest, is het vanwege eerder vermelde problemen (cfr. 3.3.2) ook aangewezen om de optie “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar” op strook A te schrappen en te vervangen. We stellen voor om in de toekomst een onderscheid te maken naargelang de aard van overlijden, waarbij drie nieuwe opties worden voorzien: natuurlijk, niet-natuurlijk of onbekend overlijden (cfr. 4.2.3). Het begrip “onbekend overlijden” wordt in hoofdzaak ingevoerd om de negatieve connotatie van “gerechtelijk-geneeskundig” bezwaar weg te werken. Een meer neutrale attestering neemt de schroom die de artsen hebben bij de attestering grotendeels weg.

Een onbekend overlijden omvat alle sterfgevallen waarbij de aard van overlijden niet onmiddellijk kan worden aangewezen en waarbij verder onderzoek dient te worden verricht. Verder onderzoek verwijst in dit geval naar de opstart van een Child Death Onderzoek (cfr. 4.3). In dit voorstel van aanpak beperken we ons tot de overlijdens waarbij de aard van overlijden onbekend is. Dit uitgangspunt verschilt dus van de internationale situatie, waarbij

²⁹Voor teruggevonden lichamen waarvan de leeftijd onbekend is, wordt model IIID gebruikt.

men zich focust op plotse en onverwachte overlijdens (cfr. 2.4.2). In het NODO-protocol in Nederland (cfr. 2.6.1) staat het opsporen van de doodsoorzaak centraal.

De term “onbekend” slaat dus op de aard van overlijden en niet op de doodsoorzaak. Niettemin hangen beide aspecten nauw met elkaar samen. Als de vaststellende arts beslist om een natuurlijk overlijden te attesteren, moet hij immers enig idee hebben over de doodsoorzaak. Indien de doodsoorzaak onduidelijk is, kan niet met zekerheid gesteld worden dat het om een natuurlijk overlijden gaat en behoort het overlijden tot de categorie van de onbekende overlijdens. Hierbij kan het voorbeeld gegeven worden van het overlijden van een jonge voetballer op het voetbalveld. Clinici zullen ervan uit gaan dat dit om een natuurlijk overlijden gaat, terwijl professionelen met een medico-legale achtergrond ook andere oorzaken in het achterhoofd houden zoals bv. illegaal middelengebruik. Toch moet dit overlijden bekeken worden in het kader van een Child Death Onderzoek, dat verschillende oorzaken aan het licht kan brengen (bv. erfelijke factor, doping, druggebruik).

Model III D

STROOK A

AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON JONGER DAN ACHTTIEN JAAR

(Strook in te vullen door de geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde en/of de vaststellende geneesheer en te bewaren door het gemeentebestuur)

Naam en voornaam van de overledene	<input type="text"/>
Gewone verblijfplaats: gemeente	<input type="text"/>
straat, nr.	<input type="text"/>
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van overlijden	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> u <input type="text"/> m
Adres van overlijden: gemeente	<input type="text"/>
straat, nr.	<input type="text"/>
Nummer van de overlijdensakte	<input type="text"/>
Geslacht van de overledene	<input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk <input type="checkbox"/> onbepaald

	Arts 1	Arts 2
Aard van overlijden		
• Niet-natuurlijk (1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
• Natuurlijk (2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
• Onbekend (3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Bezwaar tegen schenking van het lichaam (4)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Verplichte onmiddellijke kisting	
• In een hermetisch kist (5)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
• In een gewone kist (6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Bezwaar tegen eventuele	
• Crematie (7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
• Conserveringstechnieken (8)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
• Vervoer zonder kist (9)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (5)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Ik, die teken, arts 1 en geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

.....,

verklaar dat ik de om uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

Ik, die teken, arts 2 en erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde/assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring (schrappen wat niet past) (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

.....,

verklaar dat ik op om uur overleg heb gepleegd met hierboven genoemde geneesheer.

Handtekening en stempel van de geneesheer-specialist/assistent in opleiding

- (1) - Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag)
 - Verplicht verwittigen van procureur des Konings, geen overleg met een erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde
- (2) - Verplicht overleg met een erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde
 - Beide handtekeningen vereist.
- (3) - Alle sterfgevallen waarbij de aard van overlijden niet onmiddellijk kan worden aangewezen en waarbij verder onderzoek dient te worden verricht
 - Cfr. (2)
- (4) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (5)
- (5) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorrhagische koorts
B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 – B.S. 16 mei 1963 – art. 69. 7 en art. 3).
- (6) De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: aids, hondsdolheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis A).
- (7) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevatten
- (8) - Cfr. (4) en (5)
 - Slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakeld)
 - Overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is
- (9) Cfr. (4) en (5)

4.2.4 Consequenties van de beslissing bij de overlijdensattestering

Er zijn vier verschillende opties met betrekking tot de aard van overlijden mogelijk. Elk van deze opties heeft verschillende gevolgen betreffende het al dan niet verdere verloop van het onderzoek.

4.2.4.1 Aard van overlijden: niet-natuurlijk

Als de vaststellende arts ziet dat het gaat om een overduidelijk niet-natuurlijk overlijden of indien hij vermoedt dat er sprake is van een niet-natuurlijk overlijden, neemt hij direct contact op met de procureur des Konings. De procureur start dan een justitieel onderzoek en vraagt, indien nodig, het plaats delict team ter plaatse. Het lichaam wordt gelijktijdig in beslag genomen en de procureur vordert een wetsdokter. Er vindt in deze gevallen dus geen voorafgaand overleg plaats tussen de vaststellende arts en de wetsdokter. Het is de vaststellende arts die uiteindelijk als enige het overlijdensattest invult. De vaststellende arts, de aangestelde wetsdokter en het plaats delict team vullen bovendien nog een standaardformulier in dat later gebruikt zal worden in het kader van de Child Death Review (cfr. 4.4.3.2).

Indien de procureur om welke reden dan ook beslist om het onderzoek stop te zetten en de zaak te seponeren, wordt een mogelijkheid voorzien om de zaak alsnog door te sturen naar het Child Death Onderzoek (cfr. 4.3). Vanuit wetenschappelijk oogpunt lijkt het immers beter om niet enkel op het justitiële aspect te focussen, maar ook op zoek te gaan naar de doodsoorzaak bij natuurlijke en onbekende overlijdens.

4.2.4.2 Aard van overlijden: natuurlijk

Indien de wetsdokter en de vaststellende arts er na onderling overleg en op grond van de uitwendige schouwing van overtuigd zijn dat de aard van het overlijden natuurlijk is, vullen ze elk hun deel op strook A van het overlijdensattest in en ondertekenen het. Er zijn met andere woorden geen aanwijzingen voor of vermoedens van een niet-natuurlijk overlijden. De vaststellende arts en de wetsdokter vullen bovendien nog een standaardformulier in dat later ook gebruikt zal worden in het kader van de Child Death Review (cfr. 4.4.3.2). Bij onduidelijkheden kan de wetsdokter eventueel een afstappingsofficier ter plaatse vragen. De rol van deze officier kwam reeds uitgebreid aan bod in paragraaf 4.2.2.2.

Indien de familie dit wenst, kan een klinische autopsie aangevraagd worden voor het achterhalen van de doodsoorzaak. De klinische anatoompathologen zullen deze aanvraag vervolgens bespreken voor goedkeuring, doch zij zijn niet verplicht om een autopsie uit te voeren (cfr. nuttig of niet). Anders wordt er verder geen vervolg aan dit overlijden gekoppeld en kan een ambtenaar van de burgerlijke stand toestemming geven voor begraving of crematie.

4.2.4.3 Aard van overlijden: onbekend

Als de vaststellende arts en de wetsdokter de aard van overlijden niet kunnen bepalen na een eerste prospectie van de overleden minderjarige en na onderling overleg, is het overlijden onbekend. Ze duiden beiden “onbekend” aan op hun deel van strook A van het overlijdensattest en ondertekenen hun verklaring. In dat geval neemt de wetsdokter contact op met de procureur des Konings en wordt een afstappingsofficier ter plaatse gevraagd voor het verzamelen van alle nuttige informatie, zoals sociale context, vaststelling naar aanleiding van het overlijden enzovoort. Als de procureur op basis van de beschikbare informatie geen vermoedens heeft om aan te nemen dat het om een niet-natuurlijk overlijden gaat, stelt hij of zij het Child Death Onderzoek in werking. In dit geval wordt het lichaam niet vrijgegeven. Hoe het Child Death Onderzoek verder in zijn werk gaat, wordt besproken in paragraaf 4.3. Voorafgaand aan het Child Death Onderzoek kan de wetsdokter een afstappingsofficier ter plaatse roepen voor het inwinnen van contextinformatie. Met het oog op de Child Death Review vullen de vaststellende arts, de wetsdokter en de afstappingsofficier een specifiek standaardformulier in (cfr. 4.4.3.2).

Als de procureur des Konings aanwijzingen heeft voor een niet-natuurlijk overlijden, kan hij de zaak naar zich toe trekken en een justitieel onderzoek instellen, met onder meer het vorderen van een autopsie, het vorderen voor in beslag name van alle nuttige zaken voor het onderzoek zoals medische dossiers. Wanneer een gerechtelijk onderzoek ingesteld wordt nadat de wetsdokter overleg gehad heeft in de zaak met onder andere de vaststellende arts, kan de wetsdokter, die initieel ter plaatse was voor het overleg bij de overledene, het onderzoek niet verderzetten wegens voorafgaande betrokkenheid. De procureur dient dan een andere wetsdokter te vorderen om de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid te vrijwaren.

4.2.4.4 Aard van overlijden: onbeslist door onenigheid tussen vaststellende arts en wetsdokter

Bij de onbekende en natuurlijke overlijdens kan het voorvallen dat de vaststellende arts en de wetsdokter niet dezelfde mening zijn toegedaan en er dus onenigheid heerst. Onder onenigheid verstaan we bijgevolg dat beide artsen een andere optie aanduiden op strook A van het overlijdensattest. In dat geval neemt de wetsdokter contact op met de procureur des Konings. Die beslist op zijn beurt of het sterfgeval doorgestuurd wordt naar het Child Death Onderzoek of er een justitieel onderzoek ingesteld wordt.

4.2.5 Kritische randvoorwaarden overlijdensattestering

Vooraleer over te gaan tot de invoering van de nieuwe overlijdensattestering, moeten een aantal randvoorwaarden in acht genomen worden. Deze paragraaf bevat een inventaris van juridische en andere kritische randvoorwaarden die verbonden zijn aan het voorgestelde model van overlijdensattestering.

4.2.5.1 Juridische randvoorwaarden

Wetswijziging Burgerlijk Wetboek: art. 78

Aan artikel 78 van het Burgerlijk Wetboek worden een aantal bepalingen toegevoegd, voorafgegaan door de omschrijving “indien het een minderjarige betreft”.

Bij *niet-natuurlijke overlijdens* dient de procureur des Konings te worden verwittigd door de vaststellende arts en vordert de procureur des Konings indien nodig een erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring). Er is in dat geval geen verplicht overleg en het overlijdensattest moet enkel ingevuld worden door de vaststellende arts. Deze procedure geldt ook indien de vaststellende arts aanvankelijk denkt dat het overlijden natuurlijk of onbekend is, maar hij er na overleg met de wetsdokter mee akkoord gaat dat het om een niet-natuurlijk overlijden gaat.

Bij een *natuurlijk of onbekend overlijden* van een minderjarige dient de vaststellende arts een erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring) te raadplegen voor overleg bij de overledene. Beide artsen zijn onafhankelijk en onpartijdig, zowel ten opzichte van de minderjarige, als tegenover diens familie als tegenover elkaar. De erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens 1 jaar ervaring), schouwt de minderjarige en overlegt met de vaststellende arts over de aard van het overlijden.

Het overlijdensattest wordt bij een natuurlijk of onbekend overlijden ingevuld en ondertekend door beide artsen, na een eerste prospectie van het lichaam en na overleg met de erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring). Bij onenigheid neemt de wetsdokter contact op met de procureur des Konings. Onder onenigheid wordt verstaan dat beide artsen een andere conclusie hebben omtrent de aard van overlijden en aldus een andere optie aanduiden op strook A van het overlijdensattest.

Indien het overlijdensattest bij een natuurlijk of onbekend overlijden niet voorzien is van twee handtekeningen, namelijk de handtekening van de vaststellende arts en de erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring), zal de ambtenaar van de burgerlijke stand de procureur des Konings verwittigen.

Wijziging Koninklijk Besluit 17 juni 1999

Er worden twee nieuwe modellen ingevoerd. Het *model IIID* is het statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een persoon jonger dan achttien jaar. Het *model IIIC* is het statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een persoon van achttien jaar of ouder.

Strook C “inlichtingen met betrekking tot de geboorte” van het huidige model IIID (<1j) wordt vervangen door strook E. Deze strook moet enkel worden ingevuld bij model IIID indien het gaat om het overlijden van een kind jonger dan één jaar of om een doodgeboren kind met een geboortegewicht vanaf 500 gram of waarvan de zwangerschapsduur minstens 22 weken bedraagt of met een lichaamslengte (van de vortex tot de hiel) van ten minste 25cm. Deze strook E is uiteraard medisch geheim en moet onder gesloten omslag bewaard worden.

Strook A van het overlijdensattest moet aangepast worden. De optie “gerechtelijk geneeskundig bezwaar” wordt afgeschaft en vervangen door drie nieuwe opties: natuurlijk, niet-natuurlijk en onbekend overlijden.

Strook A wordt ingevuld en ondertekend door de vaststellende arts en erkend geneesheerspecialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring) bij natuurlijke en onbekende overlijdens. Bij niet-natuurlijke overlijdens dient strook A enkel te worden ingevuld door de vaststellende arts. Indien na het overleg bij een aanvankelijk natuurlijk of onbekend overlijden blijkt dat het om een niet-natuurlijk overlijden gaat, of er vermoedens zijn voor een niet-natuurlijk overlijden, is het de vaststellende arts die het overlijdensattest invult.

4.2.5.2 Andere randvoorwaarden

Sensibilisering betrokken actoren

Het sensibiliseren van de betrokken actoren vormt een belangrijke basis voor het creëren van een draagvlak voor het nieuwe proces van overlijdensattestering. Om een goed verloop van dit proces te garanderen, moeten alle betrokkenen op de hoogte zijn van hun taken en de gevolgen die dit met zich meebrengt.

Huisartsen, urgentieartsen, kinderartsen

Het is essentieel om een goed draagvlak te creëren bij de artsen/clinici, zodat ze bij onduidelijke gevallen van een overlijden toch “onbekend” aanduiden op het overlijdensattest. De sensibilisering van artsen start in de opleiding van de betrokken beroepsgroepen. Huisartsen en urgentieartsen moeten duidelijk weten welke acties te ondernemen afhankelijk van de situatie. Informatie via de Orde van Geneesheren, de beroepsverenigingen en lokale bijscholingsactiviteiten maakt sensibilisering eveneens mogelijk.

In geval van een *niet-natuurlijk overlijden* blijft de huidige procedure van toepassing. De vaststellende arts of de politie schakelen de procureur in, die indien nodig een wetsdokter

vordert. Het is dan enkel de vaststellende arts die het overlijdensattest invult. De grootste verandering in het handelen van artsen, betreft echter het verplicht overleg met een erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde bij *natuurlijke en onbekende overlijdens* van minderjarigen. Indien de vaststellende arts als eerste ter plaatse is, moet deze arts de wetsdokter van wacht contacteren. Na het overleg vullen ze allebei strook A van het overlijdensattest in. Als de *aard van overlijden onbekend* is, zal de wetsdokter de procureur inlichten. Voor gevallen van wiegendood is dit dus een verandering ten opzichte van de huidige attestering, aangezien momenteel hierbij “natuurlijk” aangeduid wordt. De vaststellende arts zal ook als eerste de familie inlichten over de verdere gang van zaken (bv. inlichten procureur en mogelijke opstart minderjarigenprotocol). Indien er *onenigheid* heerst tussen beide artsen, moet de wetsdokter eveneens de procureur des Konings verwittigen.

Parket van de procureur des Konings

De procureur des Konings en zijn substituten dienen eveneens te worden gesensibiliseerd over de wijziging van de overlijdensattestering. Belangrijke aandacht moet gaan naar de taken en bevoegdheden van het parket. Het parket moet duidelijk weten welke acties te ondernemen afhankelijk van de situatie.

Indien de procureur gecontacteerd wordt voor een *niet-natuurlijk overlijden*, dient hij of zij indien nodig een wetsdokter te vorderen. Indien de aard van overlijden onbekend is, of na een *seponering* ten gevolge van onvoldoende aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden, moet de procureur een Child Death Onderzoek opstarten. Als er tussen de vaststellende arts en de wetsdokter *onenigheid* heerst over de aard van overlijden, ligt de uiteindelijke beslissing over de al dan niet doorverwijzing naar het minderjarigenprotocol bij de procureur des Konings.

Om een uniform beslissingsproces na te streven en om te vermijden dat er een verschillende individuele aanpak gebruikt wordt, moeten duidelijke richtlijnen uitgeschreven worden ten aanzien van de parketten, afhankelijk van het gerechtelijk arrondissement waar het overlijden plaatsvindt. Dit kan door middel van een richtlijn van het College van Procureurs-Generaal. Niettemin zal het onmogelijk zijn om de huidige werking van de parketten volledig te veranderen. De autonomie van de parketten zal immers blijven bestaan en moet steeds in acht genomen worden. Net daarom is het van groot belang om alle parketten op de hoogte te stellen van het nut van het Child Death Onderzoek en de Child Death Review, zodat zij actief kunnen meewerken aan het vervullen van de algemene doelstelling van beide processen.

Daarnaast moeten de parketten op de hoogte zijn van de taakverdeling tussen de andere betrokken actoren. Elk overlijden van een minderjarige kan slechts met de nodige zorg worden aangepakt als er een nauwe multidisciplinaire samenwerking is tussen justitie, politie, wetsdokters, vaststellende artsen en andere actoren. Al deze maatregelen hebben als doel de hiaten in de huidige overlijdensattestering weg te werken.

Erkende geneesheer-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde

De nieuwe overlijdensattestering vereist een nauwe betrokkenheid van de wetsdokters. Bij *natuurlijke en onbekende overlijdens* zullen zij gecontacteerd worden door de eerste arts ter plaatse, waarna een overleg plaatsvindt. Na dit overleg vult de wetsdokter samen met de vaststellende arts het overlijdensattest in. Elk onbekend overlijden vereist dat de wetsdokter de procureur des Konings verwittigt. Dit is evenzeer verplicht bij *onenigheid* tussen de vaststellende arts en de wetsdokter. Bij *niet-natuurlijke overlijdens* zal de wetsdokter – indien nodig – gevorderd worden door de procureur. In al deze gevallen moet de wetsdokter een standaardformulier invullen dat later zal gebruikt worden voor de Child Death Review, en bij onbekende overlijdens ook door het Child Death Onderzoek.

Wanneer men systematisch een beroep zal doen op deze beroepscategorie, brengt dit een grotere opleidingsbehoefte met zich mee. Gezien het nijpend tekort aan wetsdokters dienen middelen te worden vrijgemaakt voor de opleiding tot geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde. Binnen de artsenopleiding moeten ook de studenten aangemoedigd worden voor het volgen van de opleiding tot geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde.

Lokale politie

De politie dient gesensibiliseerd te worden over haar rol in het onderzoek naar het overlijden van een minderjarige. Een afstappingsofficier kan gecontacteerd worden indien de vaststellende arts en de wetsdokter bij een *natuurlijk overlijden* nog vragen hebben over de achtergrond van het kind en diens familie. In geval van een *niet-natuurlijk overlijden* vordert de procureur indien nodig het plaats delict team, terwijl de afstappingsofficier ter ondersteuning kan gevraagd worden bij elk *onbekend overlijden*.

Naast een afstappingsofficier is het eveneens wenselijk dat een vertegenwoordiger van slachtofferbejegening (cfr. maatschappelijk assistent of politieassistent) ter plaatse komt, enerzijds voor opvang van de familie van de overledene en anderzijds ter ondersteuning van het maatschappelijk onderzoek naar de familie.

Het plaats delict team of de afstappingsofficier vullen steeds een standaardformulier in dat later gebruikt wordt bij de Child Death Review en indien nodig ook bij het Child Death Onderzoek.

Nabestaanden overleden minderjarige

De communicatie naar de nabestaanden toe is ook een belangrijk gegeven om rekening mee te houden. Na het vaststellen van de dood van een minderjarige waarbij de aard van overlijden onbekend is, bespreekt de vaststellende arts met de ouders hoe de verdere procedure verloopt. Hij vertelt hen dat er overleg met een wetsdokter verplicht is, dat men verplicht is het overlijden te melden aan de procureur des Konings en licht toe wat het daarop volgende Child Death Onderzoek in grote lijnen inhoudt.

De samenleving

Samen met de nieuwe overlijdensattestering is een grondige mentaliteitswijziging binnen de maatschappij nodig. Elk overlijden van een minderjarige zal in de toekomst met de nodige zorg bekeken worden. De negatieve connotatie die burgers associëren met de huidige onderzoeken, moet dan ook verdwijnen en plaats maken voor begrip en een blik naar de toekomst. De maatschappelijke opinie moet de betrokkenheid van bepaalde actoren, zoals de wetsdokter en de politie, aanvaarden. Een bezoek van de politie aan de familie van de overledene mag bijvoorbeeld niet onmiddellijk als onaangenaam of verdacht beschouwd worden.

Dataverzameling en -beheer

De invoering van standaardformulieren

Dit rapport benadrukte eerder dat een gestandaardiseerde aanpak noodzakelijk is om na het overlijden van een minderjarige op een kwalitatieve manier informatie te verzamelen. Een kwalitatieve dataverzameling zorgt immers voor een betere registratie en catalogering van alle minderjarige sterfgevallen. Een uniformering van de dataverzameling kan in de hand gewerkt worden door het gebruik van standaardformulieren. Het internationale literatuuroverzicht toonde immers aan dat meerdere landen reeds gebruik maken van formulieren waarmee men onder andere informatie over de omstandigheden van het overlijden verzamelt (cfr. 2.5.2.4). De standaardformulieren kunnen in eerste instantie gebruikt worden voor het Child Death Onderzoek. Daarna zullen ze eveneens besproken worden tijdens de Child Death Review. De beschikbaarheid van kwalitatieve data is immers een absolute vereiste om een goede review van kindersterfgevallen tot stand te brengen. We stellen bijgevolg voor dat enkele belangrijke actoren verplicht een standaardformulier invullen bij het overlijden van een minderjarige.

Bij de vaststelling van een *natuurlijk* overlijden vullen de wetsdokter en de vaststellende arts een standaardformulier in. Het standaardformulier van de wetsdokter bevat gegevens betreffende de omstandigheden van het overlijden en de bevindingen van de eerste prospectie van het lichaam van de minderjarige. De vaststellende arts, die vaak de behandelende arts is, vult op zijn standaardformulier relevante informatie over de medische antecedenten van de overledene in.

In geval van een *niet-natuurlijk* overlijden moeten zowel de aangestelde wetsdokter als de vaststellende arts een standaardformulier invullen. Het plaats delict team moet, indien dit ter plaatse kwam, eveneens een standaardformulier vervolledigen. De formulieren die tot een gerechtelijk dossier behoren, kunnen enkel na afronding en vrijgave van het gerechtelijk dossier gebruikt worden voor de Child Death Review.

Bij de vaststelling van een *onbekend* overlijden zijn er drie actoren die een standaardformulier moeten invullen. Allereerst moeten opnieuw de wetsdokter en de vaststellende arts elk hun standaardformulier invullen. Bovendien wordt er bij een onbekend

overlijden ook een afstappingsofficier gevorderd. Hij of zij dient een standaardformulier in te vullen met onder andere de identiteitsgegevens van de overleden minderjarige en de ouders. De bevindingen van zijn onderzoek van de plaats van het overlijden worden eveneens genoteerd. Voorts doet hij navraag naar de justitiële en sociale antecedenten van het kind enerzijds en de betrokken familieleden anderzijds.

Deze drie standaardformulieren (van de wetsdokter, de vaststellende arts en de afstappingsofficier) worden in de eerste plaats verzameld in functie van het Child Death Onderzoek bij onbekende overlijdens, maar zullen in een later stadium ook gebruikt worden bij het uitvoeren van de Child Death Review.

Vooraleer een Child Death Review gebruik kan maken van de standaardformulieren, moet de toestemming van de ouders voor het secundair gebruik van de informatie verkregen worden. Deze toestemming wordt bij onbekende en niet-natuurlijke overlijdens uitdrukkelijk vermeld in het proces-verbaal van het verhoor van de ouders. Bij natuurlijke overlijdens kan de toestemming verkregen worden via een informed consent.

Welke aspecten aan de hand van het standaardformulier bevestigd moeten worden, zal gepreciseerd worden na het eerste gebruik van de formulieren. Via gesprekken met de betrokken actoren (bv. artsen en politie) zal duidelijk worden welke informatie nodig is voor een grondig Child Death Onderzoek en een kwalitatieve Child Death Review.

Creëren van een databank

De standaardformulieren die door de vaststellende arts, de wetsdokter en de afstappingsofficier/PD-team ingevuld worden, moeten opgeslagen worden in één centrale databank die alle dossiers van overleden minderjarigen gestructureerd bijhoudt. Het is het meest aangewezen om hiervoor een nieuwe databank te creëren bij een nationaal meldpunt. Het gebruik van één databank heeft als voordeel dat alle informatie zich op één locatie bevindt, wat onder meer de toegankelijkheid van de informatie in een later stadium (bv. Child Death Onderzoek en Child Death Review) ten goede komt. Betrokkenen (bv. Child Death Review Team) moeten zich daardoor slechts tot één instantie wenden voor het opvragen van informatie. Daarnaast is het op deze manier eenvoudiger om de veilige bewaring en uitwisseling van gegevens te garanderen.

4.3 Child Death Onderzoek: minderjarigenprotocol

4.3.1 Situering en motivering

Indien de overlijdensattestering op een onbekend overlijden wijst (cfr. 4.2.3.2), dringt een gesystematiseerd en grondig onderzoek zich op, “Child Death Onderzoek” genaamd. Dit onderzoek moet allereerst duidelijkheid brengen omtrent de aard van het overlijden, maar het opsporen van de effectieve doodsoorzaak sluit hierbij aan. Het onderzoek impliceert een wetenschappelijk gefundeerde, multidisciplinaire aanpak door een gespecialiseerd team met onder meer artsen en andere hulpverleners, die – elk vanuit hun eigen invalshoek of werkveld – de nodige expertise hieromtrent hebben. De neutraliteit van het Child Death Onderzoek zorgt ervoor dat objectieve en gestructureerde gegevens verzameld kunnen worden. Deze zullen niet alleen na afloop van het onderzoek geanalyseerd worden, maar ook in een later stadium bij de uitvoering van een multidisciplinaire Child Death Review.

België beschikt momenteel echter niet over een gestructureerd Child Death Onderzoek voor plotse, onverwachte of onverklaarde overlijdens van minderjarigen (cfr. 3.4.3). De wet van 26 maart 2003 regelt enkel de uitvoering van een autopsie en is bovendien slechts van toepassing op kinderen die plots en medisch onverklaard overlijden wanneer ze onder de achttien maanden oud zijn. Ze voorziet dus geen regeling voor de uitvoering van het drieluik (medisch, sociaal en politieel) dat nodig is voor een grondig onderzoek.

Internationaal staat men al een heel eind verder voor het analyseren van plotse en onverwachte of onverklaarde overlijdens (cfr. 3.4.4). Onderzoeksprotocollen regelen er een volledig uniform onderzoek onder leiding van een multidisciplinair team met voldoende expertise en ervaring. Om de lacunes in de Belgische wetgeving aan te pakken, moet deze dus zowel uitgebreid als aangepast worden. Welke uitbreidingen en aanpassingen dit precies inhoudt, komt uitvoerig aan bod in de volgende paragrafen.

4.3.2 Invoering minderjarigenprotocol

We pleiten voor een uitbreiding van de wet van 26 maart 2003. De toepassing van deze wet moet verruimd worden van kinderen onder de achttien maanden naar kinderen onder de achttien jaar (dus tot en met de volle leeftijd van zeventien jaar). Daarnaast moet deze wet een gestandaardiseerd, geüniformeerd, multidisciplinair protocol definiëren, wat een tekortkoming is van de huidige wetgeving. De benaming van de wet “houdende regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden” verandert bijgevolg in de wet “houdende regeling van het protocol na het onbekende overlijden van een minderjarige”, kortweg “minderjarigenprotocol”. Alle overlijdens van minderjarigen waarbij de aard van het overlijden onbekend is en waar geen argumenten zijn voor een niet-natuurlijk overlijden worden onderworpen aan dit minderjarigenprotocol. Voor het minderjarigenprotocol dienen specifieke richtlijnen uitgeschreven te worden, zodat eenzelfde hoogkwalitatieve,

wetenschappelijke en uniforme afhandeling in elk erkend ziekenhuis gegarandeerd is. Op die manier willen we ook de kwaliteit van de onderzoeken verhogen.

Daarnaast zal de procureur des Konings bij de volledige procedure van het minderjarigenprotocol betrokken worden. Zoals bleek uit de overlijdensattestering is hij verantwoordelijk voor de opstart van het protocol. Tijdens het verloop zal de procureur op de hoogte gehouden worden van de belangrijkste ontwikkelingen. Ten slotte beschikt hij binnen het minderjarigenprotocol ook over de eindbevoegdheid. De procureur wordt na afloop van het protocol op de hoogte gebracht van de conclusies, waarna hij al dan niet beslist om het lichaam vrij te geven.

4.3.3 Pijlers van een Child Death Onderzoek in Vlaanderen en Brussel

De pijlers uit de internationale literatuurstudie (cfr. 2.5) worden gebruikt om het voorstel van aanpak voor te stellen. De pijlers zullen hier echter niet meer opgesplitst worden in structurele en procesmatige aspecten, zodat het voorstel als één geheel kan beschouwd worden.

4.3.3.1 Doelstelling

Het Child Death Onderzoek of minderjarigenprotocol is gericht op het achterhalen van de doodsoorzaak bij overleden minderjarigen bij wie ook de aard van overlijden onbekend is, evenals het in kaart brengen van de omstandigheden en factoren die de, in eerste instantie onbekende, dood tot gevolg hadden. In de regel is het ontdekken van de doodsoorzaak een must om hieraan te voldoen. De doelstelling van het minderjarigenprotocol is dus tweeledig.

4.3.3.2 Organisatie

Naar analogie met de bestaande wiegendoodcentra stellen we voor om het minderjarigenprotocol te laten uitvoeren door gespecialiseerde, multidisciplinaire teams in erkende ziekenhuizen. De erkenningscriteria voor deze “minderjarigencentra” voor onbekende overlijdens moeten daarom duidelijk worden gedefinieerd (cfr. 4.3.4.1).

4.3.3.3 Leeftijdscategorie en doelgroep

Het minderjarigenprotocol moet worden opgestart bij elk onbekend overlijden van een kind dat de volle leeftijd van achttien jaar niet heeft bereikt.

4.3.3.4 Teamsamenstelling

Het minderjarigenprotocol wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van specialisten, waarbij het van groot belang is dat deze over voldoende expertise beschikken. Het team kan bestaan uit gespecialiseerde kinderartsen (uit de vele pediatrische subdisciplines zoals kindercardiologie, kinderpneumologie, kinderradiologie, kinderarts met expertise in kindermishandeling), een anatoompatholoog en een wetsdokter. Indien dit nodig geacht wordt, kan aanvullende informatie bij de afstappingsofficier opgevraagd worden.

4.3.3.5 Wat is het minderjarigenprotocol

Aanvang

Het minderjarigenprotocol gaat idealiter van start na het aankruisen van “aard van overlijden: onbekend” op strook A van het overlijdensattest. In dit geval konden de vaststellende arts en de wetsdokter de aard van overlijden niet bepalen, ondanks een overleg en een eerste prospectie van het lichaam. Als gevolg hiervan brengt de wetsdokter de Procureur op de hoogte, die vervolgens het lichaam in beslag neemt en indien nodig een afstappingsofficier vordert voor het verzamelen van contextinformatie. De procureur des Konings verwijst de zaak vervolgens door naar het minderjarigenprotocol, waarop de wetsdokter of de vaststellende arts het minderjarigencentrum verwittigen. Het vervoer van het lichaam naar dit centrum wordt dan zo snel mogelijk geregeld.

Het aankruisen van een onbekend overlijden is echter niet de enige mogelijkheid om het minderjarigenprotocol op te starten. Bij aanvankelijke vermoedens van niet-natuurlijk overlijden die uiteindelijk tot een sepot leiden en waarbij door de procureur geen gerechtelijke autopsie gevorderd werd, moet het toch mogelijk zijn om een niet-gerechtelijke autopsie en aanvullende onderzoeken uit te voeren via het minderjarigenprotocol. Anders vallen deze sterfgevallen na het justitieel onderzoek uit de boot en zal de onbekende doodsoorzaak nooit geïdentificeerd worden. Er moet dus een nauwe wisselwerking zijn tussen het justitieel onderzoek en het minderjarigenprotocol. Dit geldt evenzeer in de andere richting. Indien tijdens het minderjarigenprotocol het minste vermoeden van een niet-natuurlijk overlijden ontstaat, zal de procureur onmiddellijk ingelicht worden en wordt de zaak indien nodig overgemaakt aan justitie.

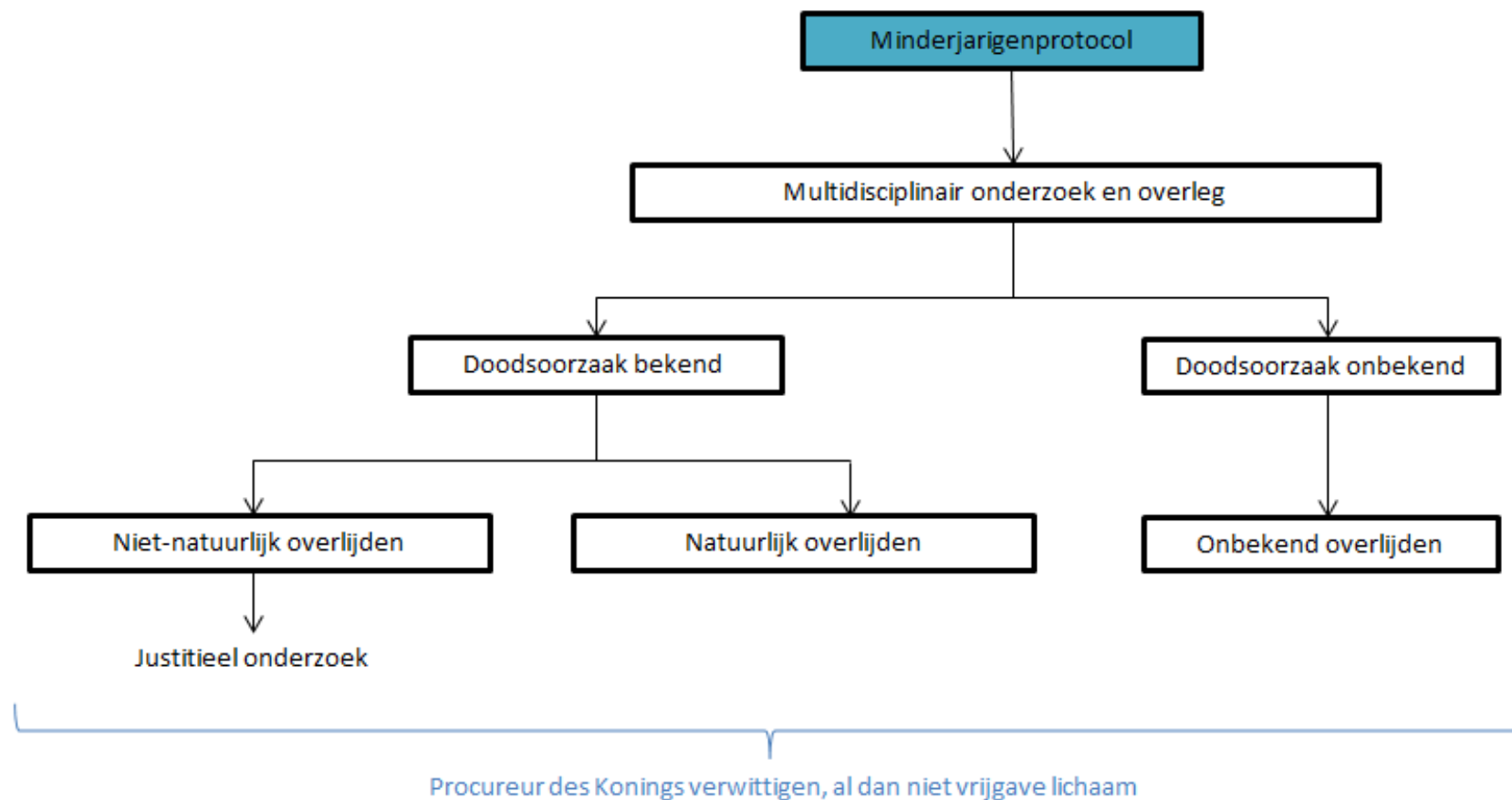
Informatieverzameling en verloop

Het minderjarigenprotocol bestaat uit drie luiken, die eveneens de volledige informatieverzameling omvatten.

Luik 1 betreft het inwinnen van informatie over de omstandigheden van het overlijden door een afstappingsofficier. Zijn taak bestaat uit het grondig inspecteren van de plaats van overlijden of de plaats van het terminale event. Bovendien dient de afstappingsofficier alle informatie met betrekking tot de exacte omstandigheden van het overlijden in te winnen bij de ouders of de aanwezige betrokkenen. Tevens wordt nagegaan of de familie of andere betrokkenen gekend zijn bij de politie of justitie. Indien er tijdens de uitvoering van het minderjarigenprotocol nog onduidelijkheden blijken, kan steeds bijkomende informatie opgevraagd worden bij de afstappingsofficier. Na dit contextonderzoek vult de afstappingsofficier een standaardformulier in dat later gebruikt wordt voor het uitvoeren van een Child Death Review. Het is vereist dat het standaardformulier ingevuld wordt na vrijwillige toestemming van de ouders. Deze toestemming wordt vermeld in het proces-verbaal. De vaststellende arts en de wetsdokter zullen eveneens een standaardformulier invullen (cfr. 4.2.5.2).

Luik 2 van het protocol omvat het uitvoeren van een uitwendige schouwing, een radiografie van het volledige lichaam ("total body RX of CT"), eventueel een autopsie en aanvullende diagnostiek. Bij aanvang van dit luik vangt de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol de ouders op en informeert hen over het verdere verloop van het onderzoek. Na de uitwendige schouwing overlegt de coördinerende arts met enkele leden van het multidisciplinair team over de noodzaak van een autopsie en aanvullende diagnostiek. Wanneer men beslist dat een autopsie zich opdringt, zal hiervoor toestemming gevraagd worden aan de ouders. Bij een weigering beslissen de leden van het multidisciplinair team over de absolute noodzaak om de aard en oorzaak van overlijden te bepalen en neemt de coördinerende arts contact op met de procureur. Als de procureur de redenering van het multidisciplinair team volgt, kan hij alsnog een justitieel onderzoek openen en in dit kader overgaan tot het uitvoeren van een gerechtelijke autopsie. De beslissing van de ouders om al dan niet in te stemmen met een autopsie wordt schriftelijk vermeld in het medisch dossier van het kind en in het standaardformulier van het multidisciplinair team. Als de ouders instemmen, informeert de coördinerende arts van het multidisciplinaire team de procureur na afloop van de autopsie, waarna hij of zij beslist tot vrijgave van het lichaam. De coördinerende arts informeert eveneens de ouders over de resultaten van het Child Death Onderzoek die relevant kunnen zijn voor de ouders, bijvoorbeeld omdat er gevolgen voor andere familieleden aan gekoppeld kunnen zijn.

Tot slot bestaat *luik 3* van het minderjarigenprotocol uit het verzamelen en catalogeren van medische, sociale en justitiële informatie. De coördinerende arts minderjarigenprotocol is bevoegd voor het opvragen van de medische voorgeschiedenis, terwijl de afstappingsofficier de sociale en justitiële voorgeschiedenis nagaat. De afstappingsofficier kan daarvoor samenwerken met een maatschappelijk assistent of politieassistent met expertise in slachtofferbejegening. De afstappingsofficier en het multidisciplinair team van het minderjarigenprotocol staan elk in voor het invullen van een standaardformulier (cfr. 4.3.4.2). Deze standaardformulieren worden ingevuld met vrijwillig verkregen toestemming van de ouders en zullen later ook gebruikt worden in het kader van de Child Death Review.



Figuur 10: Verloop minderjarigenprotocol.

Uitkomst

Na het inwinnen van alle informatie en na afloop van de onderzoeken zal een multidisciplinair overleg tussen de teamleden plaatsvinden. Indien mogelijk spreekt het team zich binnen de zeven dagen uit over de aard van het overlijden. De conclusies worden allen genoteerd op een standaardformulier (cfr. 4.2.5.2) en worden meegedeeld aan de procureur. Aangezien sommige onderzoeksresultaten lang op zich laten wachten (bv. van genetisch onderzoek), is het soms onmogelijk voor het team om al een uitspraak te doen over de doodsoorzaak. Het team komt dan pas tot een definitieve conclusie eens alle onderzoeksresultaten gekend zijn. Er vindt dus een multidisciplinair overleg plaats binnen de zeven dagen na het overlijden, alsook na afloop van alle onderzoeken.

Het multidisciplinair team kan na het overleg tot drie verschillende conclusies komen. Allereerst kan de doodsoorzaak bekend zijn en blijkt de aard van overlijden natuurlijk, waarop de procureur het lichaam vrijgeeft. Ten tweede is het mogelijk dat de doodsoorzaak bekend is en de dood als niet-natuurlijk wordt beschouwd. Dan dient uiteraard de procureur des Konings te worden ingelicht, maar we zijn ervan overtuigd dat de niet-natuurlijke aard van overlijden in de ruime meerderheid van de gevallen reeds vroeger in het proces aan het licht zullen komen. Ten derde is het ook mogelijk dat de doodsoorzaak na afronding van het minderjarigenprotocol nog steeds onbekend is, maar er geen vermoeden is van of geen aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijke dood. Dan blijft de aard van het overlijden onbekend en geeft de procureur het lichaam eveneens vrij.

Betrokkenheid ouders

In het erkend ziekenhuis zal de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol de ouders opvangen en de reden van het Child Death Onderzoek en de procedure uitleggen. Uiteraard is begrip en medewerking van de ouders gewenst om zo optimaal mogelijk informatie te kunnen verzamelen. De coördinerende arts zal de ouders daarom vragen om hun medewerking aan het onderzoek te verlenen en toestemming te geven voor autopsie, die pas wordt verricht als de doodsoorzaak niet in een eerder stadium van de procedure is achterhaald. Het kennen van de doodsoorzaak zal ouders en andere nabestaanden helpen bij de rouwverwerking en de acceptatie van het verlies van hun kind (NODO-Commissie, 2006).

4.3.4 Kritische randvoorwaarden minderjarigenprotocol

Voorafgaand aan de invoering van het minderjarigenprotocol moeten eveneens een aantal randvoorwaarden ingevuld worden. De volgende paragraaf somt alle juridische en andere kritische randvoorwaarden op die in overeenstemming met het voorgestelde minderjarigenprotocol geïmplementeerd moeten worden.

4.3.4.1 Juridische randvoorwaarden

Wetswijziging wet van 26 maart 2003

De reikwijdte van de wet van 26 maart 2003 wordt uitgebreid van “minder dan 18 maanden” naar “minder dan 18 jaar”. De benaming van de wet “houdende regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden” verandert bijgevolg in de wet “houdende regeling van het protocol na het onbekende overlijden van een minderjarige”, kortweg wet “houdende de regeling van het minderjarigenprotocol” of “minderjarigenprotocol”. Het onbekende overlijden slaat hierbij op de aard van overlijden.

“Onverwacht en medisch onverklaard overlijden” verandert in “aard van overlijden onbekend”. Bij elk kindersterftegeval tot de leeftijd van 18 jaar waar de aard van overlijden onbekend is, moet dus een wettelijke verplichting tot het opstarten van het minderjarigenprotocol voorzien worden. Voor het uitvoeren van een autopsie, moet het akkoord van beide ouders voorzien worden, net zoals dit momenteel geldt voor de wet die de overlijdens bij kinderen minder dan achttien maanden regelt. Naast de toestemming van de ouders, moet ook de mogelijkheid ingebouwd worden dat een echtgenoot (bij ontvoogde minderjarige) de toestemming kan geven voor een autopsie.

De procureur des Konings wordt bij de volledige procedure van het minderjarigenprotocol betrokken. De procureur is in de eerste plaats verantwoordelijk voor de opstart van het protocol. Tijdens het protocol wordt de procureur op de hoogte gehouden van belangrijke ontwikkelingen door de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol en/of wetsdokter en kan de procureur instructies geven aan de afstappingsofficier. Ten slotte heeft de procureur ook de eindbevoegdheid over het minderjarigenprotocol en dus over de definitieve vaststelling van de aard van het overlijden. Na afloop van het multidisciplinair overleg wordt de procureur op de hoogte gebracht van de conclusie en geeft hij het lichaam al dan niet vrij.

Wijziging Koninklijk Besluit 27 april 2007 houdende uitvoering van artikel 4 houdende uitvoering van artikel 4 van de wet van 26 maart 2003 (erkenning wiegendoodcentra)

- “Wiegendoodcentra” worden “minderjarigencentra”.
- “Algemene ziekenhuizen” worden “erkende ziekenhuizen” (cfr. erkenningscriteria).
- Het lichaam van het kind wordt overgebracht naar een “erkend ziekenhuis voor onderzoek in het kader van het minderjarigenprotocol”, in plaats van naar een “centrum voor wiegendood van een algemeen ziekenhuis”.

- Het lichaam wordt na afloop van de onderzoeken in het minderjarigenprotocol vrijgegeven door de procureur des Konings.

4.3.4.2 Andere randvoorwaarden

Sensibilisering betrokken actoren

Het is heel belangrijk om een breed draagvlak te creëren bij alle betrokken beroepsgroepen, onder andere via informatiecampagnes. De medewerking van alle actoren en een vlotte onderlinge samenwerking zijn absolute vereisten voor een succesvol Child Death Onderzoek. Men moet een goede organisatie van het werkveld beogen, waarbij de taakomschrijving van alle actoren wordt uiteengezet. Onder deze actoren vallen bijvoorbeeld de parketten, hoven en rechtbanken, artsen, de politie en het breed gamma van diverse zorgverleners (bv. Vertrouwenscentra Kindermishandeling). De taakomschrijving kan opgenomen worden in een draaiboek, dat in de eerste fase van een pilootproject ontwikkeld kan worden. Hieronder volgt een opsomming van alle vereisten per betrokken actor.

Parket van de procureur des Konings

De procureur des Konings en zijn substituten dienen te worden geïnformeerd en gesensibiliseerd over de werking van het minderjarigenprotocol. Het parket moet goed op de hoogte zijn van haar bevoegdheden en moet duidelijk weten welke acties te ondernemen afhankelijk van de situatie. Dit rapport benadrukte eerder dat aan de parketten duidelijke instructies moeten gegeven worden, zonder haar autonomie in twijfel te trekken. Een richtlijn van het College van Procureurs-Generaal behoort hier tot één van de mogelijkheden.

Indien de aard van overlijden *onbekend* is of na een *seponering* ten gevolge van onvoldoende aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden, moet de procureur het Child Death Onderzoek opstarten. Als er tussen de vaststellende arts en de wetsdokter *onenigheid* heerst over de aard van overlijden, ligt de uiteindelijke beslissing over een al dan niet doorverwijzing naar het minderjarigenprotocol eveneens bij de procureur.

Artsen minderjarigenprotocol

Indien de procureur beslist om het Child Death Onderzoek op te starten, informeert de *vaststellende arts* de ouders over het vervoer van het lichaam naar het minderjarigencentrum. De ouders moeten op dat moment eveneens ingelicht worden dat het lichaam pas vrijgegeven wordt na afloop van de onderzoeken en na toestemming van de procureur.

Bij aankomst in het minderjarigencentrum informeert de *coördinerende arts* de ouders over de te volgen procedure en geeft hen een informatiefolder. Rekening houdend met de gevoelens van de ouders en eventuele andere kinderen, zal hij empathisch handelen en beschikbaar blijven voor vragen. De coördinerende arts van het minderjarigenprotocol vraagt ook toestemming aan de ouders voor een autopsie indien het multidisciplinair team dit noodzakelijk vindt.

De afstappingsofficier moet ervan op de hoogte zijn dat de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol steeds met hem contact kan opnemen indien er nog vragen zijn over de omstandigheden van het overlijden. De afstappingsofficier mag tijdens het verdere verloop van het Child Death Onderzoek dus overleggen met de coördinerende arts of wetsdokter, zolang dit onder de supervisie van de procureur gebeurt. In hoeverre deze informatie-uitwisseling in de praktijk mogelijk is (cfr. privacywetgeving), zal moeten getoetst worden in een pilootproject.

Organisatie van het minderjarigenprotocol

Betreffende het Child Death Onderzoek moeten allereerst de teamleden in kaart gebracht worden die noodzakelijk zijn voor een goed verloop van het protocol. Zij moeten gesensibiliseerd en opgeleid worden via de beroepsverenigingen. Er dient bijvoorbeeld een specifieke opleiding te worden voorzien voor de afstappingsofficier. De opdracht van de bestaande afstappingsofficier werd reeds uitgebreid in de politiezone Gent, maar deze uitbreiding zou voorzien moeten worden in alle politiezones die over een afstappingsofficier beschikken. Tijdens de opleiding, die door de politieacademie kan aangeboden worden, zal men de procedure van het minderjarigenprotocol aanleren en worden praktische afspraken gemaakt. Ten tweede moet een nauwe samenwerking tussen het minderjarigenprotocol en de procureur des Konings gecreëerd worden. Indien het minderjarigenprotocol aanwijzingen vindt voor een misdrijf moet het parket immers onmiddellijk op de hoogte gebracht worden. Daarnaast moet het parket het minderjarigenprotocol in werking stellen na seponering. Ten slotte is een belangrijke taak weggelegd voor de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol inzake de toestemming voor autopsie. Hij of zij vraagt de ouders om toestemming voor een autopsie, indien dit door het multidisciplinair team noodzakelijk wordt geacht. Het is dan ook van groot belang dat deze arts het belang van een autopsie kan toelichten aan de ouders en hen van de noodzaak overtuigt.

Expertise

Voor een goede organisatie van het minderjarigenprotocol is heel wat expertise nodig. Het gebruik van bestaande erkende ziekenhuizen waar een multidisciplinair team aanwezig is, heeft een aantal voordelen. Men kan allereerst optimaal gebruik maken van de reeds aanwezige infrastructuur voor het uitvoeren van autopsies, bijzondere technische onderzoeken, de opvang van nabestaanden enzovoort. Indien het erkende ziekenhuis verbonden is met een universiteit biedt dit de nodige kwaliteitsgarantie en meer mogelijkheden voor het tot stand brengen van kwalitatief, objectief en wetenschappelijk onderbouwd onderzoek. Daarnaast kunnen wachtdiensten met personen met de nodige expertise en met een permanente beschikbaarheid uitgebouwd worden. Deze expertise wordt opgebouwd door kwalitatieve opleidingen en nascholingen, die eventueel georganiseerd worden door de universiteiten.

Uiteindelijk moeten ook criteria voor de erkenning van minderjarigencentra worden opgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de volgende elementen: opvang van nabestaanden, verbondenheid aan een multidisciplinair team (bv. zoals aanwezig in universitaire ziekenhuizen), aanwezigheid van kwalitatief, wetenschappelijk onderbouwd onderzoek, wachtdiensten met permanente beschikbaarheid en de organisatie van opleiding en nascholing.

Dataverzameling en -beheer

Net zoals bij de overlijdensattestering vult ook het multidisciplinair team van het minderjarigenprotocol na afloop van het Child Death Onderzoek een standaardformulier in. Dit formulier bevat een aantal essentiële vragen over het verloop en de uitkomst van het protocol. Gaven de ouders toestemming voor een autopsie? Welke onderzoeken voerde men uit in het minderjarigenprotocol? Wat zijn de onderzoeksresultaten? Wat is de aard van overlijden en de uiteindelijke doodsoorzaak? Werd de casus doorverwezen naar justitie? Het standaardformulier wordt vervolgens doorgestuurd naar de centrale databank op het nationale niveau, waar de standaardformulieren van de vaststellende arts, de wetsdokter en de afstappingsofficier zich reeds bevinden.

Financiering

Een raming van de kosten van het minderjarigenprotocol kan pas in grootteorde duidelijk worden door het uitvoeren van een pilootproject. Pas dan krijgt men meer zicht op de meerkosten van onder andere personeel, onderzoek en het invoeren en beheren van een databank. In principe zou een evaluatie van de huidige wet van 26 maart 2003 ons al meer kunnen zeggen over het aandeel van deze aspecten in de globale kostprijs. Dergelijke kostenevaluatie van de actuele toepassing van de wet kan parallel een zicht geven op de mogelijke kosten van een minderjarigenprotocol. Een voorbeeld van de kosten van enkele onderzoeken bij zuigelingen in het kader van de wet van 26 maart 2003 is terug te vinden in bijlage 16. Indien het minderjarigenprotocol gebruik maakt van bestaande structuren, zal de organisatie hiervan beperkte extra kosten met zich meebrengen. Voor de aanvullende onderzoeken zoals radiografische onderzoeken, autopsie, metabool onderzoek, bacteriologisch onderzoek, enzovoort moet uiteraard een budget voorzien worden.

Voor de financiering van de onderzoeken in het kader van het minderjarigenprotocol, stelt de vraag zich of een terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) mogelijk is. De betaling van post mortem onderzoeken valt bijvoorbeeld al binnen de bevoegdheid van deze instantie. In 2007 kreeg de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, naar aanleiding van een wetsvoorstel voor de uitbreiding van post mortem onderzoek naar alle ongewone overlijdens, de vraag wat de extra kost voor het RIZIV zou zijn bij het voeren van meer autopsies. Men concludeerde op basis van de beschikbare RIZIV cijfers dat de extra kosten van dit wetsvoorstel nauwelijks in te schatten zijn (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2007).

4.4 Child Death Review

4.4.1 Situering en motivering

Als de kwaliteit van de overlijdensattestering verbetert en er een duidelijke uniforme en verplichte aanpak bestaat voor een Child Death Onderzoek bij onbekende overlijdens, kan een Child Death Review opgestart worden. Child Death Review streeft een betere aanpak voor de veiligheid van kinderen in de toekomst na en is zowel nuttig voor het bespreken van natuurlijke en niet-natuurlijke overlijdens. Bij verwachte overlijdens (door een natuurlijke doodsoorzaak) kan een review preventieve maatregelen formuleren omtrent de efficiëntie van de toegediende medische zorg aan de overledene en de organisatie hiervan. Zo kunnen bijvoorbeeld medische fouten en/of onvoorzichtigheden en/of nalatigheden in de toekomst vermeden worden. Bij onverwachte, niet-natuurlijke overlijdens kan een review eveneens bijdragen tot het formuleren van preventieve maatregelen (bv. omtrent veiligheid). Ongevallen zijn immers vaak het gevolg van onvoldoende toezicht of een onveilige woon- en leefomgeving. Een review kan risicofactoren identificeren om vergelijkbare ongevallen bij andere kinderen in de toekomst te vermijden. Bij gevallen van geweldpleging (dood door tussenkomst van derden) kan een review bovendien waardevolle inzichten opleveren omtrent voorafgaande begeleidingstrajecten.

Dit voorstel van aanpak tracht de krachtlijnen van een Child Death Review in de internationale literatuur (cfr. 2.5) zo veel als mogelijk toe te passen op de huidige Vlaamse en Brusselse context. Deze context in beschouwing genomen, is het echter niet mogelijk om alle internationale principes zomaar over te nemen. Toch zijn deze principes een duidelijke basis voor het voorstel van aanpak. De pijlers uit de internationale literatuur worden hier opnieuw gebruikt om het voorstel van aanpak weer te geven.

4.4.2 Pijlers van een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel

De volgende paragraaf stelt het voorstel van aanpak voor een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel voor aan de hand van verschillende pijlers. In tegenstelling tot de literatuurstudie (cfr. 2.5) worden de pijlers niet opgesplitst in structurele en procesmatige aspecten om het voorstel als één geheel te kunnen beschouwen.

4.4.2.1 Doelstelling

De doelstelling van de review is idealiter breed, namelijk “het systematisch identificeren van risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden, om aldus na te gaan welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden”. Dit met het oog op het verminderen van het aantal vergelijkbare kindersterfgevallen in de toekomst. Het is dus niet de bedoeling om een schuldige persoon of instantie aan te wijzen. Het merendeel van de internationale wetgeving vermeldt immers dat de bevindingen van de review geen conclusies mogen bevatten omtrent de werkelijke schuld van een persoon of instantie. De review zal via

een multidisciplinaire blik dus enkel aanbevelingen doen voor de verschillende praktijk- en overheidsniveaus.

4.4.2.2 Bevoegde overheid

Uit het preventieve oogpunt van de Child Death Review volgt logischerwijze dat het Vlaams departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (departement WVG) als bevoegde overheid instaat voor de coördinatie van de Child Death Review. Dit komt de neutraliteit van het review proces enkel ten goede. Een samenwerking met de FOD Justitie behoort tot de mogelijkheden, omdat de aanbevelingen van de review ook betrekking kunnen hebben op de werking van instanties binnen de FOD Justitie.

4.4.2.3 Organisatie

De literatuurstudie toonde aan dat een implementatie van een Child Death Review team op het regionale en/of lokale niveau aangewezen is voor een goede link tussen het nationale beleid en de lokale praktijk. We raden bijgevolg aan om één *Vlaams Child Death Review team* op te richten onder het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Daarnaast worden *lokale* Child Death Review *teams* georganiseerd in erkende ziekenhuizen, omwille van de centralisering en de aanwezige expertise. Deze teams worden allen ondersteund door een *coördinerend orgaan op het nationale niveau*. De redenen voor een organisatie van dit orgaan op het nationale niveau zijn de dataverzameling en het databeheer. Op het nationale niveau kan een link gecreëerd worden met het bestaande ADSEI, wat de informatie-uitwisseling vereenvoudigd. Indien de andere gemeenschappen dit project positief onthalen, is het bovendien praktischer om de maatregelen uit te breiden naar het volledige Belgische grondgebied als er reeds een coördinerend orgaan op het nationale niveau bestaat.

4.4.2.4 Wetgeving

Vooraleer de praktische aspecten van een Child Death Review toe te lichten, moet een belangrijke juridische randvoorwaarde voorop gesteld worden. Het betreft de oprichting van de Child Death Review teams en het coördinerend orgaan door de wet. Deze wettelijke basis is niet zozeer van belang voor de invulling van het team en de concrete werking ervan, maar vooral voor het regelen van de informatieverzameling en –uitwisseling tijdens de review. Zowel de lokale teams, als het Vlaamse team en het coördinerend orgaan zullen primaire en secundaire informatie gebruiken voor de review. Het gebruik van secundaire informatie enerzijds kan eenvoudig verantwoord worden. Het verzamelen en gebruiken van primaire informatie vereist anderzijds een grondig aantonen van de maatschappelijke noodzaak voor iedere datastroom. Eens deze noodzaak aangetoond, kunnen de drie instanties terugvallen op het mandaat dat hen werd toegekend en verloopt het proces zoals het hierna zal worden toegelicht.

4.4.2.5 Leeftijdscategorie en doelgroep

Een goed verloop van de review staat of valt met de afbakening van de onderwerpen van de review. De Child Death Review moet alle overlijdens van minderjarigen tot de volle leeftijd van zeventien jaar includeren om een zo breed mogelijk perspectief te bekomen. Hierbij kan een specifieke focus liggen op gevallen van kindermishandeling en –verwaarlozing. In dit voorstel van aanpak worden de neonatale overlijdens niet besproken, omdat de doodsoorzaak hier vaak heel duidelijk is. Uit de kindersterftcijfers (cfr. 3.2) blijkt dat de neonatale mortaliteit in 2009 ongeveer een derde (290 op 878) van alle Belgische kindersterfgevallen vertegenwoordigde. In de toekomst zou het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie kunnen instaan voor het reviewen van deze grote groep. Wanneer we terugkoppelen naar de kindersterftcijfers van 2009, zouden plus minus 600 gevallen besproken moeten worden op nationaal niveau. Dat komt op ongeveer een 300-tal zaken op Vlaams niveau, wat een haalbare situatie lijkt.

4.4.2.6 Teamsamenstelling

De *lokale Child Death Review teams* moeten in de eerste plaats over een vaste kern van leden beschikken. Het gaat hier om artsen van de erkende ziekenhuizen, een vertegenwoordiger van de huisartsenkoepel, het CLB en Kind & Gezin. Daarnaast kunnen professionals uit andere disciplines (bv. forensisch arts, psycholoog/pedagoog, VK, afstappingsofficier, maatschappelijk werker, vertegenwoordiger FOD justitie) ingeschakeld worden, indien de inhoud van de casus dit vereist.

Het *nationaal coördinerend orgaan* bestaat idealiter uit een arts van het ADSEI, een juriste en een polyvalent administratieve medewerker. De betrokkenheid van een arts is vooral nuttig voor het verzamelen en uitwisselen van statistische informatie van de overledene. De juriste kan dan weer toezien op een correcte handhaving van de privacy, terwijl de administratieve medewerker helpt bij het voorbereiden van de review.

De samenstelling van het *Vlaamse review team* is, net zoals bij het coördinerend orgaan, opgebouwd uit een vaste kern. Tot deze kern moeten zeker een arts van het ADSEI en een vertegenwoordiger van het Vlaams departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin behoren. De Vlaamse review is vooral bevoegd voor statistische en beleidsmatige analyses, waardoor de aanwezigheid van andere beroepsgroepen in eerste instantie niet vereist is.

4.4.2.7 Dataverzameling en –beheer

De eerste, zo niet belangrijkste, stap van het review proces is de dataverzameling (figuur 11). De review wordt gebaseerd op twee informatiebronnen: de verschillende stroken van het overlijdensattest enerzijds en de standaardformulieren (van de vaststellende arts, de wetsdokter, het plaats delict team of de afstappingsofficier en het multidisciplinair team minderjarigenprotocol) anderzijds.

Momenteel wordt het overlijdensattest doorgestuurd naar de burgerlijke stand, waarna de ambtenaar de stroken B, C en D overmaakt aan ADSEI. Vermits we opteren voor het

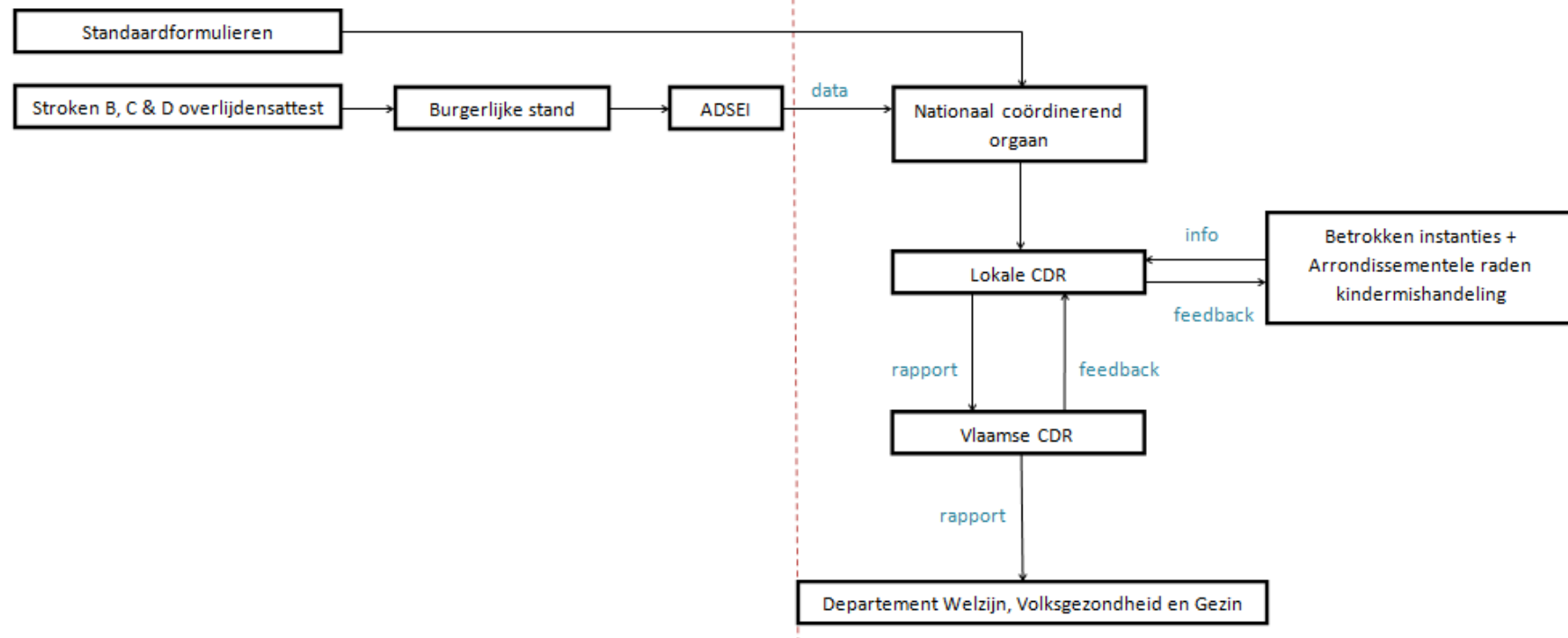
invoeren van een aanvullende strook, genoemd strook E, zal deze uiteraard op analoge manier door het ADSEI moeten verwerkt worden in de statistieken. In essentie blijft dus deze procedure behouden. Na de registratie van de stroken brengt ADSEI het coördinerend orgaan zo snel mogelijk op de hoogte van het overlijden. Dit orgaan krijgt vervolgens toegang tot de databank van ADSEI om de review voor te bereiden.

De standaardformulieren van de vaststellende arts, de wetsdokter, het plaats delict team/de afstappingsofficier en het multidisciplinair team minderjarigenprotocol worden naar het coördinerend orgaan gestuurd. Dit verwerkt alle formulieren in een daartoe opgerichte databank. Het orgaan brengt eveneens alle betrokken instanties uit het dossier op de hoogte van de opstart van de review en vraagt indien nodig bijkomende informatie op.

Idealiter verlopen de Child Death Reviews, zowel op het lokale als op het Vlaamse niveau, anoniem. Het zal uit het pilootproject moeten blijken of het haalbaar en efficiënt is om een review te baseren op anonieme data. Een volledige anonimisering is echter de beste optie, indien het review proces niet in strijd wil zijn met het recht op privacy van de betrokken actoren. Ondanks deze onzekerheid over de anonimisering zal de vertrouwelijkheid toch al op een bepaalde manier gewaarborgd worden. Bij aanvang van de lokale review, die individuele cases bespreekt, moeten alle betrokkenen een discretieclausule ondertekenen die van toepassing blijft tijdens het volledige proces van de review.

DATAVERZAMELING

REVIEW



Figuur 11: Verloop Child Death Review.

4.4.2.8 Taakomschrijving review

De trapsgewijze werking van de Child Death Review toont mooi de taakverdeling van de verschillende review teams aan (figuur 11). Het coördinerend orgaan staat in voor de voorbereiding van de review en de administratieve ondersteuning van de Vlaamse en de lokale CDR. De lokale review teams zijn bevoegd voor het bespreken van individuele casussen, terwijl de Vlaamse CDR deze lokale bevindingen zal extrapoleren naar het Vlaamse niveau. De review verloopt bijgevolg in drie fasen, die hierna stap voor stap uitgelegd worden.

Voorbereiding: informatieverzameling

De voorbereiding van de Child Death Review start met het verzamelen van de nodige informatie door *het coördinerend orgaan*. Dit bewaart alle informatie van het overlijdensattest en de standaardformulieren in een specifieke databank. Eerst gaat het orgaan de volledigheid van deze informatie na, waarop het de verantwoordelijke van het lokale CDR team en de betrokken instanties op de hoogte brengt van het plaatsvinden van de review. Daarna zal het coördinerend orgaan alle noodzakelijke informatie voor de review overmaken aan het lokale CDR team. Indien deze informatie tijdens het bespreken van de casus onvoldoende blijkt, kan het lokale CDR team steeds ad hoc experten, betrokkenen en/of belanghebbende instanties uitnodigen.

Individuele casebesprekingen

De lokale review bekijkt vervolgens alle overlijdens van minderjarigen via grondige en individuele casebesprekingen. De conclusie van deze bespreking bevat steeds drie elementen. Eerst gaat men op zoek naar de modificeerbare factoren³⁰ van het overlijden: op basis van deze factoren gaat men na of toekomstige overlijdens van dezelfde aard te voorkomen zijn. Vervolgens worden aanbevelingen voor instanties van het lokale en het Vlaamse niveau opgesteld. De uitwerking van deze drie conclusies worden allen opgenomen in een verslag dat bestemd is voor de Vlaamse CDR. Om een wederzijdse relatie met de betrokken instanties in het dossier te creëren, worden zij ook op de hoogte gehouden van de conclusies en de genomen maatregelen ten gevolge van de review. De ouders worden echter niet in het review proces betrokken. Zij zullen niet persoonlijk op de hoogte worden gebracht van de uitkomst van de review van het overlijden van hun zoon of dochter.

De lokale review bekijkt dus alle overlijdens van minderjarigen (met uitzondering van de neonatale sterfgevallen), maar er wordt een speciale regeling voorzien voor gevallen van kindermishandeling of –verwaarlozing. Naar analogie met de Serious Case Reviews (cfr. Engeland) en de Child Practice Reviews (cfr. Wales) stuurt het lokale CDR team deze casussen door naar de Arrondissementale Raden Kindermishandeling. Het lokale review team voert dan een eerste review uit, met de focus op het medische aspect, terwijl de

³⁰Dit zijn de factoren die hebben bijgedragen tot het overlijden en die mogelijk te voorkomen zijn in de toekomst (cfr. 2.5.1)

arrondissementale raden zich op de mishandeling focussen. De expertise waarover beide review teams beschikken is complementair aan elkaar en biedt zeker een meerwaarde in dossiers waar sprake kan zijn van kindermishandeling.

Algemene aanbevelingen en statistieken

De lokale CDR teams sturen hun verslag vervolgens op naar de Vlaamse CDR. Dit orgaan heeft twee opdrachten. Enerzijds bespreekt het de aanbevelingen van het lokale niveau. Anderzijds stelt het een statistisch rapport op met behulp van de gegevens die het via het nationaal coördinerend orgaan ter beschikking krijgt. De resultaten van deze twee besprekingen of analyses worden gepresenteerd in een openbaar jaarrapport voor het Vlaams departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Het kan eveneens interessant zijn om specifieke delen van het rapport aan de FOD Justitie mee te delen, omdat sommige casussen lessen kunnen meegeven voor de werking van justitie en haar samenwerking met de verschillende betrokken actoren. Het jaarrapport zal dus drie grote luiken bevatten, zijnde: algemene statistische bevindingen, feedback voor de lokale CDR teams en aanbevelingen voor de verschillende beleids- en praktijkniveaus.

Betrokkenheid ouders

In dit voorstel van aanpak voor Child Death Review worden de ouders momenteel niet betrokken bij de procedure. Zij zullen na het overlijden van hun kind enkel gevraagd worden om toestemming voor het invullen van de standaardformulieren en zullen kort worden ingelicht dat het overlijden van hun kind zal worden besproken door een Child Death Review team.

In de toekomst kan er wel getoetst worden of terugkoppeling naar de ouders mogelijk is. Zo kunnen ze bijvoorbeeld verwittigd worden dat er een Child Death review is geweest van het overlijden van hun kind en zouden ze ingelicht kunnen worden over het algemeen rapport met aanbevelingen. Internationaal zien we dat het Verenigd Koninkrijk erg veel belang hecht aan de betrokkenheid van ouders. Uit interviews van verschillende leden van Child Death Review teams bleek dat ze de betrokkenheid van ouders in Child Death Review processen als belangrijk beschouwen, maar vaak is hiervoor nog geen systeem uitgewerkt of geïmplementeerd (Sidebotham et al., 2011).

Het uitnodigen van de ouders op de vergaderingen lijkt een stap te ver, maar er zou de mogelijkheid moeten bestaan om informatie of vragen te delen met het Child Death Review team en feedback van het overleg te ontvangen. Het lijkt ons echter in bepaalde gevallen moeilijk en in praktijk zal dit moeten worden getoetst of het gaat en of we niet op problemen stuiten.

4.4.3 Kritische randvoorwaarden Child Death Review

Tot slot hangt de opstart van een Child Death Review eveneens samen met enkele juridische en andere randvoorwaarden, welke hierna beschreven worden.

4.4.3.1 Juridische randvoorwaarden

De twee voornaamste juridische randvoorwaarden voor een Child Death Review hebben enerzijds betrekking op de organen die de review zullen uitvoeren en anderzijds op het privacy-aspect van de review.

Het is ten eerste noodzakelijk om de *Child Death Review wettelijk* op te richten. Het coördinerend orgaan, de lokale CDR en de Vlaamse CDR moeten gevestigd worden als onafhankelijke instanties, zodat ze het mandaat krijgen om zowel primaire als secundaire informatie te bespreken. Bij de oprichting van de CDR is het dan ook essentieel om de maatschappelijke noodzaak om informatie te verzamelen sluitend aan te tonen.

Ten tweede moet de wetgeving voorzien dat alle betrokken actoren bij aanvang van de review (zowel lokaal als Vlaams) een *discretieclausule* ondertekenen. De zaken die tijdens de Child Death Review besproken worden, zijn immers gevoelig waardoor een discretieplicht zeker gewenst is.

4.4.3.2 Andere randvoorwaarden

Sensibilisering betrokken actoren

Alle actoren (bv. ouders, artsen) moeten ervan op de hoogte zijn dat ieder overlijden in een later stadium onderworpen wordt aan een Child Death Review. Daarbij moet de nadruk gelegd worden op de preventieve doelstelling van de review, namelijk: het verminderen van het aantal vergelijkbare kindersterfgevallen in de toekomst. De actoren moeten er zich dus goed van bewust zijn dat het niet de bedoeling is om via de review een schuldige persoon of instantie aan te wijzen, maar dat men enkel aanbevelingen zal doen naar de verschillende praktijs- en overheidsniveaus. Men heeft er dus enkel baat bij als de samenwerking met de review teams vlot verloopt.

Het review team kan instanties die een rol speelden in het leven van de overleden minderjarige (bv. kindbescherming) in de loop van de review vragen om enkele feiten uit het dossier te komen duiden. Deze instanties moeten er dus van geïnformeerd worden dat deze mogelijkheid bestaat.

Organisatie Child Death Review

De lokale review teams moeten georganiseerd worden in erkende ziekenhuizen. Vervolgens moet het Vlaamse review team een gepaste plaats krijgen binnen het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Tot slot moet een coördinerend orgaan op het nationale niveau opgericht worden.

Vooraleer een Child Death Review van start te laten gaan, moeten de noodzakelijke teamleden van de verschillende review instanties in kaart worden gebracht. Zij moeten gesensibiliseerd en opgeleid worden via een specifieke scholing. Hoe een lokale of Vlaamse CDR precies in zijn werk gaat, zal voornamelijk blijken tijdens een eerste proefperiode. Niettemin kunnen al richtlijnen meegegeven worden over de focus van de review en de informatieverzameling die aan de review vooraf gaat. In eerste instantie zal een lokale CDR een vorm van interne audit zijn. Er moet echter beoogd worden om in de toekomst een vorm van externe audit (bv. door een multidisciplinair team in een ander arrondissement) te laten plaatsvinden.

Expertise

Een kwalitatieve Child Death Review vereist heel wat expertise. Het is daarom noodzakelijk dat specialisten uit verschillende disciplines opgeroepen worden om deel uitmaken van de review teams. De samenstelling van de review teams zal in eerste instantie moeten afgewogen worden, wat gepaard gaat met enig experimenteren. Na een eerste evaluatie van de CDR zal het reeds duidelijker zijn welke specialisten zeker deel moeten uitmaken van de teams, zodat de samenstelling achteraf kan op punt gezet worden.

Financiering

De financiële noden van de Child Death Review zullen bij de opstart van het proces vrij vaag zijn en zullen pas duidelijk worden na een eerste proefperiode. De kosten voor onder andere personeel en dataverzameling en –beheer zullen meer dan waarschijnlijk het grootste aandeel vormen.

Informatie-uitwisseling

Bij aanvang van de Child Death Review moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de informatie-uitwisseling. Het moet voor de verschillende instanties (coördinerend orgaan, lokale CDR, Vlaamse CDR) helder zijn welke informatie ter beschikking staat en waar ze deze kunnen verkrijgen.

4.5 Opmerkingen en bezorgdheden stuurgroep

Het onderzoeksteam werd in haar opdracht bijgestaan door de leden van de stuurgroep (cfr. colofon). Tijdens de stuurgroepvergaderingen werden de opmerkingen en bezorgdheden van de leden ter harte genomen en zoveel mogelijk geïmplementeerd in het voorstel van aanpak. Hieronder volgen enkele bedenkingen die tot uiting kwamen ten aanzien van het finale voorstel van aanpak en waarop we een antwoord trachten te formuleren. De chronologie van het voorstel zal hierbij worden gevolgd, namelijk (1) overlijdensattestering, (2) Child Death Onderzoek en (3) Child Death Review.

4.5.1 Overlijdensattestering

Het voorstel van aanpak stelt eerst een herziening van de overlijdensattestering voor, waar bij aanvang een onderscheid wordt gemaakt op het niveau van de “aard van het overlijden”. Het voorstel baseert zich op deze aard van overlijden om een keuze te maken over het verdere verloop (namelijk geen vervolg of een justitieel onderzoek of het minderjarigenprotocol). De stuurgroep wijst erop dat de doodsoorzaak in eerste instantie niet in rekening wordt gebracht.

Het onderzoeksteam beaamt dat in eerste instantie een onderscheid wordt gemaakt naar de aard van overlijden en bijgevolg naar justitiële en niet-justitiële zaken. Daardoor vallen de duidelijke natuurlijke overlijdens, mogelijk met een onbekende doodsoorzaak, uit de boot. Dit is echter een keuze die bewust gemaakt wordt. De juridische relevantie van de groep van natuurlijke overlijdens in het huidige projectvoorstel is zo goed als onbestaande. Dankzij de invoering van een overlegplicht tussen twee artsen bij natuurlijke en onbekende overlijdens zal het aandeel fout geattesteerde natuurlijke overlijdens immers beperkt worden tot het minimum.

Het al dan niet kennen van de doodsoorzaak wordt echter wel in overweging genomen voor de opstart van het minderjarigenprotocol, op het moment dat de aard van overlijden onduidelijk en dus onbekend blijft na een eerste prospectie. Dit protocol gaat binnen de groep van de onbekende overlijdens op zoek naar de aard van overlijden en de doodsoorzaak, die hiermee in zekere zin onlosmakelijk verbonden is. Het onderzoeksteam opteerde ervoor om in de beginfase van dit project geen overbodige energie te stoppen in het achterhalen van de doodsoorzaak van natuurlijke overlijdens. Vandaag de dag kan echter steeds een klinische autopsie worden aangevraagd om de doodsoorzaak te identificeren. Dit neemt niet weg dat het minderjarigenprotocol in de toekomst kan uitgebreid worden naar natuurlijke overlijdens met een onbekende doodsoorzaak, om zicht te krijgen op de trends van natuurlijke overlijdens. Afgezien van de meerwaarde die het includeren van deze groep vanuit preventief oogpunt met zich meebrengt (bv. identificeren van de toename van bepaalde cardiovasculaire overlijdens), zal dit echter grotere kosten impliceren. Bovendien is het in dit preventief kader onnodig om justitie (met name de procureur) erbij te betrekken.

De stuurgroep benadrukte dat de snelle tussenkomst van justitie in het huidige voorstel van aanpak een absolute meerwaarde is.

Dit in tegenstelling tot Nederland, dat te geforceerd getracht heeft om de NODO-procedure justitieneutraal te maken. Deze insteek zorgde op termijn voor problemen omtrent de uitvoering van het vervolgonderzoek. Door justitie niet van in het begin bij de procedure te betrekken was het uitvoeren van bepaalde onderzoeken immers afhankelijk van de toestemming van de ouders. Als ouders weigerden hun medewerking te verlenen, konden bepaalde stappen in de NODO-procedure niet worden uitgevoerd (bv. onderzoek van de omstandigheden ter plaatse, autopsie en aanvullende onderzoeken). Enkel het opvragen van informatie bij de hulpverleners was zonder medewerking van de ouders toegestaan, omwille van de Wet op de Lijkbezorging. Om dit hiaat enigszins weg te werken, kon de NODO-forensisch arts de rechtbank wel om vervangende toestemming vragen, maar in praktijk bleek dat de rechtbank geen gevolg gaf aan de vraag van de NODO-artsen.

Aangezien de vraagstelling vanuit het Vlaams Forum Kindermishandeling komt, lag de focus van dit voorstel van aanpak bij het identificeren van de gemiste gevallen van kindermishandeling met een fatale afloop. De focus op dit strafrechtelijke aspect werd behouden, maar werd eveneens uitgebreid door het onderzoek naar alle onbekende overlijdens toe te vertrouwen aan het minderjarigenprotocol. De procureur des Konings blijft evenwel vanaf de overlijdensattestering betrokken bij dit protocol, voornamelijk om het correcte procedurele verloop van het protocol te vrijwaren.

De focus op het juridische aspect kan echter ook een keerzijde hebben, aangezien enkel de sterfgevallen met een onbekende aard van overlijden aan verder onderzoek worden onderworpen. De focus op de fatale gevallen van kindermishandeling zorgt er dan weer voor dat enkel overleden kinderen tot de selectie behoren.

4.5.2 Minderjarigenprotocol

De leden van de stuurgroep uiten tevens hun bezorgdheid omtrent het traject dat volgt na de attestering van een onbekend overlijden, zijnde het minderjarigenprotocol.

Ten eerste stelde men de vraag welk statuut dit traject heeft en wat de rol van de procureur des Konings is in de opstart en het verdere verloop van het minderjarigenprotocol. Men is bezorgd dat het traject zich als een “light” justitieel onderzoek zal gaan gedragen.

Als er geen vermoeden is van een niet-natuurlijk overlijden, is de procureur verantwoordelijk voor de opstart van het minderjarigenprotocol. Tijdens de uitvoering van het protocol wordt hij op de hoogte gehouden van de stand van zaken van de onderzoeken en kan hij op elk moment beslissen om de zaak alsnog naar zich toe te trekken. Hij wordt de supervisor van het volledige dossier, maar hoeft daarom de puur medische aspecten uit het dossier niet te weten te komen. Tot slot beschikt de procureur des Konings ook over de eindbevoegdheid in het minderjarigenprotocol. Na afloop van de onderzoeken en het multidisciplinair overleg

wordt hij op de hoogte gebracht van de conclusies en beslist hij om het lichaam al dan niet vrij te geven.

Het onderzoeksteam hecht veel belang aan de begin- en eindbevoegdheid van de procureur in het onderzoek naar een onbekend overlijden, omdat hij het soevereine recht heeft om het onderzoek indien nodig bij te sturen. Daarnaast is de betrokkenheid van de procureur van nut, omdat hij onmiddellijk de opdracht kan geven om een onderzoeksdaad te ondernemen (bv. contextinformatie opvragen door afstappingsofficier) en hij ook zorgt voor de inbeslagname en de vrijgave van het lichaam. Verder worden een aantal juridische aspecten vereenvoudigd door de procureur van in het begin bepaalde bevoegdheden te geven. In tegenstelling tot de wetsdokter, kan hij de afstappingsofficier bijvoorbeeld de opdracht geven om contextinformatie te verzamelen. Wetsdokters zijn uiteraard niet bevoegd an sich om opdrachten te geven aan politieambtenaren, maar kunnen wel met tussenkomst van de procureur vragen laten stellen aan de afstappingsofficier.

De procureur des Konings is dus niet de spilfiguur in het minderjarigenprotocol, maar wordt wel bij de volledige procedure betrokken. Indien de procureur een justitieel vooronderzoek nodig acht, wordt het onbekend overlijden als een niet-natuurlijk overlijden beschouwd en start hij een justitieel onderzoek.

Ten tweede uitte de stuurgroep enige vrees omtrent de informatie-uitwisseling tijdens het minderjarigenprotocol, omwille van het beroepsgeheim van de verschillende actoren.

Het onderzoeksteam wenst te benadrukken dat het voorstel van aanpak rekening trachtte te houden met deze bezorgdheid. Het multidisciplinair team van het minderjarigenprotocol wordt niet geacht medische informatie te delen met de afstappingsofficier, noch met de procureur des Konings. Het multidisciplinair team en de coördinerende arts moeten de procureur enkel inlichten indien er op basis van hun onderzoeksresultaten aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijk overlijden, of indien ze niet kunnen uitsluiten of het om een natuurlijk of een niet-natuurlijk overlijden gaat. Op basis van deze informatie kan de procureur vervolgens beslissen om de zaak naar zich toe te trekken. Omgekeerd geldt uiteraard ook dat de procureur des Konings en de afstappingsofficier geen gedetailleerde justitiële informatie moeten verschaffen aan het multidisciplinair team. Als de procureur op basis van de beschikbare informatie beslist om een justitieel onderzoek te openen, zal hij het multidisciplinair team hier van verwittigen.

Ten derde werd uit opmerkingen van de stuurgroep duidelijk dat niet alle parketten dezelfde aanpak hanteren voor het onderzoeken van overlijdens van minderjarigen. Het parket van Leuven beschouwt niet-natuurlijke en onbekende overlijdens als analoog, namelijk er wordt in beide gevallen een volledig gerechtelijk onderzoek ingesteld. De vraag stelt zich dan ook of men er bij de parketten niet steeds kan van uitgaan dat alle overlijdens van minderjarigen mogelijk niet-natuurlijk zijn, en men dus bij ieder overlijden een justitieel onderzoek moet starten.

Allereerst vreest het onderzoeksteam dat de weerstand van de attesterende artsen zal blijven bestaan indien een onbekend overlijden automatisch als een niet-natuurlijk overlijden zal worden behandeld. Dan blijft men vastzitten in de huidige attesteringsproblematiek omtrent het al dan niet gerechtelijk-geneeskundig bezwaar.

Bovendien zal het behandelen van ieder onbekend overlijden van een minderjarige alsof het een verdacht overlijden is, leiden tot een scheeftrekking. Het onderzoeksteam wil te allen tijde vermijden dat alle verantwoordelijkheden bij justitie komen te liggen. Niet elk onbekend overlijden vereist een justitieel onderzoek. De focus mag niet beperkt worden tot een eenzijdige forensisch-justitiële visie, waarbij enkel de aandacht gevestigd wordt op het al dan niet identificeren van een strafbaar feit. Het is immers niet de bedoeling om enkel criminele feiten op te sporen. Het hanteren van een brede, multidisciplinaire aanpak, namelijk het identificeren van risicofactoren waardoor een preventieve strategie kan uitgebouwd worden en dus analoge overlijdens in de toekomst kunnen vermeden worden, is cruciaal. Dit voorstel van aanpak heeft namelijk een breder maatschappelijk belang. Daarom is het essentieel om een breed draagvlak en een goede samenwerking te creëren bij alle actoren van volksgezondheid, politie en justitie.

Uit de vergelijking met de internationale situatie blijkt dat het Child Death Onderzoek in al deze landen evenmin zuiver justitieel is. Het voorstel van aanpak voor het Child Death Onderzoek (en de Child Death Review) werd uitgetekend na een grondige analyse van de nationale en de internationale situatie. Hierbij werden alle bezorgdheden vanuit een brede, multidisciplinaire blik in overweging genomen. Nederland koos met zijn NODO-procedure bijvoorbeeld resoluut voor een neutraal, niet-justitieel karakter. Engeland en Wales maken daarentegen gebruik van een (onafhankelijke) coroner, waarbij het Child Death Onderzoek in samenwerking met hem verloopt. Elk plots en onverwacht overlijden van een kind wordt aan de coroner gemeld, die de leiding heeft over het onderzoek. Dit valt echter moeilijk te vergelijken met de organisatie van ons rechtssysteem.

De onderzoeksgroep nam bijgevolg de grootste gemene deler van deze twee internationale systemen. Het team verkiest een neutraal Child Death Onderzoek, maar geeft de procureur des Konings uitdrukkelijk de begin- en eindbevoegdheid. Een nauw overleg tussen klinici, wetsdokters, hulpverleners en politie heeft omwille van hun expertise een belangrijke meerwaarde om na het grondig onderzoek van een overleden minderjarige tot een genuanceerde conclusie te komen. Deze multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om op alle vlakken lessen te trekken en de nodige preventieve maatregelen te nemen om in de toekomst analoge overlijdens te vermijden.

Bovenstaande argumenten nemen niet weg dat er bij de minste twijfel omtrent de aard van overlijden een justitieel onderzoek zal opgestart worden. Dit is gericht op het identificeren van de aard van overlijden, waarbij men vertrekt vanuit de idee dat er een externe oorzaak aanleiding gegeven heeft tot het overlijden. Op het moment dat men kan uitsluiten dat er geen tussenkomst van derden is, stopt het justitieel onderzoek en wordt het minderjarigenprotocol opgestart.

Dit brengt ons bij een ander belangrijk uitgangspunt van het voorstel van aanpak, namelijk de wederzijdse link tussen het minderjarigenprotocol en het justitieel onderzoek. Indien er tijdens het minderjarigenprotocol aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijk overlijden is een onmiddellijk terugkeer van het dossier naar justitie steeds mogelijk. Dit geldt evenzeer in de omgekeerde richting. Indien de procureur om welke reden dan ook beslist om zijn onderzoek stop te zetten en de zaak te seponeren, en de doodsoorzaak is nog steeds onduidelijk, wordt de mogelijkheid voorzien om de zaak alsnog door te sturen naar het minderjarigenprotocol voor de identificatie van de doodsoorzaak.

De stuurgroep vraagt hierop of het na een sepot toegestaan is om alle “nuttige” informatie uit het justitieel onderzoek ter beschikking te stellen van het minderjarigenprotocol.

Normaliter maakt het geheim van het gerechtelijk onderzoek deze informatie-uitwisseling niet mogelijk. Voor het secundaire gebruik van deze informatie moet het maatschappelijk belang aangetoond worden en moet dit opwegen ten opzichte van het individueel belang. Het vaag omschrijven van “alle nuttige informatie” botst immers met de privacywetgeving.

Bovendien moet men rekening houden met het moment waarop het justitieel onderzoek stopgezet wordt. Komt men vrij snel tot de conclusie dat er geen niet-natuurlijke factor in het spel is of komt men pas tot deze conclusie nadat alle stappen van het onderzoek doorlopen werden? Hoe sneller men vaststelt dat het niet om een niet-natuurlijk overlijden gaat, hoe sneller het dossier naar het minderjarigenprotocol kan doorgestuurd worden. Normaliter moet het tevens mogelijk zijn – wanneer een gerechtelijk onderzoek volledig afgerond is – om alle gegevens te gebruiken voor een Child Death Review.

Betreffende het Child Death Onderzoek werd eveneens de bezorgdheid geuit omtrent de zorgvuldigheid van het sporenonderzoek bij onbekende overlijdens.

Het onderzoeksteam wenst te benadrukken dat de wetsdokter de aard van overlijden niet kan bepalen zonder een eerste prospectie van het lichaam uit te voeren. De wetsdokter gaat als specialist in de forensische geneeskunde echter volledig sporenbewust ter plaatse, net zoals de afstappingsofficier. Beiden beschikken over de nodige expertise en kwalificaties om onmiddellijk een eerste inschatting te maken van de situatie. Zij kunnen snel beoordelen of een sporenonderzoek en een afstappingsteam al dan niet noodzakelijk zijn. Bij de minste verdenking van tussenkomst door derden zullen zij de procureur des Konings verwittigen, die een plaats delict team ter plaatse zal vragen.

De rol van de afstappingsofficier kan hier vergeleken worden met de Senior Investigating Officer uit de internationale literatuur. Men beklemtoont eveneens dat hij erg zorgvuldig tewerk moet gaan en een balans moet zoeken tussen empathie voor de getroffen familie en het mogelijke potentieel van een misdaad. De meeste gevallen van plots, onverwacht overlijden bij kinderen zijn immers natuurlijke overlijdens. De officier beslist op basis van de plaats van omstandigheden, een gesprek met de familie en een checklist of het overlijden al dan niet verdacht is. Als het overlijden als verdacht wordt beschouwd, dan wordt de “Crime Scene Officer” opgeroepen (Safeguarding Children Board, 2013).

Als kanttekening geldt eveneens dat een sporenonderzoek bij onbekende overlijdens in een familiale context ook niet overschat moet worden. In een groot aantal gevallen van onbekende overlijdens zal immers een DNA-onderzoek geen meerwaarde geven vermits enkel DNA van het kind en de ouders zal aangetoond worden. Een grondige inspectie van de omstandigheden ter plaatse, de sociale context enzovoort is veel belangrijker dan puur sporenonderzoek. Bij gevallen van wiegendood bijvoorbeeld zullen uiteraard DNA-sporen van de ouders zelf op het kind worden teruggevonden wat geen aanvullende belangrijke informatie zal opleveren. Slechts als er een tussenkomst van derden is, zullen belangrijke sporen aan het licht komen en zal de betrokkenheid van justitie noodzakelijk zijn. Het sporenonderzoek moet gericht gebeuren en mag niet tot in het absurde toe gedaan worden. Het is immers niet de bedoeling dat men uiteindelijk in de sporen verdrinkt.

Tot slot waren er bij de stuurgroep veel onduidelijkheden over de kosten van het minderjarigenprotocol.

Vertrekkende van het groter kader beoogt dit voorstel van aanpak om iedere doodsoorzaak bij een minderjarige te identificeren, zodat – indien mogelijk – preventief kan opgetreden worden. Dit valt bijgevolg onder de bevoegdheid van FOD Volksgezondheid. FOD Justitie zal geen onderzoeken financieren die uiteindelijk tot de conclusie komen dat een bepaalde virale infectie zou kunnen voorkomen worden. Overlijdens zonder enige verdachte connotatie zullen verder onderzocht worden in het minderjarigenprotocol, naar analogie met de huidige regelgeving rond onverwacht en medisch onverklaard overlijden onder de achttien maanden. Het is de bedoeling om de aanvullende onderzoeken van dit protocol te financieren hetzij via een conventie met het RIZIV (zoals nu ook voor de wiegendoodconventie geldt), hetzij via een andere interventie van het RIZIV (bv. terugbetaling via specifieke nomenclatuurnummers). Het is dus niet de bedoeling om de kosten van deze onderzoeken naar FOD Justitie door te schuiven. Enkel wanneer de procureur vindt dat er noodzaak is aan een gerechtelijke autopsie, zullen de kosten voor de FOD Justitie zijn. FOD Justitie betaalt dus enkel de kosten in het kader van een justitieel onderzoek, zoals dit momenteel het geval is.

Als afsluiting wensen we te benadrukken dat dit voorstel van aanpak uiteraard nog moet getoetst worden in de praktijk. Daarom is het van groot belang dat eerst een pilootproject wordt opgestart. In de huidige Vlaamse en Brusselse context is dit voorstel van aanpak niet realiseerbaar, waardoor de aanpak in het pilootproject dus reeds zal verschillen van de voorgestelde ideale aanpak. Uit het pilootproject zal uiteindelijk blijken of het voorgestelde model van aanpak al dan niet bijgestuurd moet worden.

4.6 Conclusie

Dit hoofdstuk behelst de praktische opdracht van het onderzoeksproject, met name een uitgewerkt voorstel van aanpak voor Vlaanderen en Brussel uittekenen, rekening houdend met de internationale en de Vlaamse en Brusselse situatie. Het voorstel wordt opgedeeld in drie aspecten: (1) overlijdensattestering, (2) Child Death Onderzoek en (3) Child Death Review.

Ten eerste wordt een herziening van de overlijdensattestering voorgesteld, dat een antwoord moet bieden op de huidige attesteringsproblematiek en de hiermee gepaard gaande hiaten en onzorgvuldigheden in de statistieken waardoor deze moeilijk betrouwbaar zijn. Meer in het bijzonder wordt ervoor gekozen om bij de overlijdensattestering in eerste instantie de nadruk te leggen op het vaststellen van de aard van overlijden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie categorieën, namelijk: een natuurlijk, niet-natuurlijk of onbekend overlijden. Het identificeren van de aard van overlijden is immers vooral vanuit justitieel oogpunt belangrijk. Dankzij de invoering van het begrip onbekend overlijden zal de negatieve connotatie die heerst omtrent gerechtelijk-geneeskundig bezwaar worden weggewerkt. Deze meer neutrale vorm van attestering zal de schroom en weerstand van de artsen bij de attestering bijgevolg doen verdwijnen.

Tevens wordt de verantwoordelijkheid van de ene vaststellende arts gewijzigd in een verplicht overleg met een tweede arts ingeval van een natuurlijk of onbekend overlijden bij kinderen jonger dan achttien jaar. De autonomie en verantwoordelijkheid voor het bepalen van de aard van overlijden mag niet bij één persoon liggen. Internationaal staat men hier verder dan in België en beschikt men vaak over een controlemiddel voor de attestering van bepaalde overlijdens. Het voorstel om als tweede arts een erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde te kiezen, wordt gesteund door tal van argumenten. Een specialist in de forensische geneeskunde beschikt over de nodige expertise en weet een onderzoek van een overledene correct uit te voeren. Een specialist in de forensische geneeskunde is bovendien sporenbewust en kan dus onmiddellijk een inschatting maken of een sporenonderzoek en afstappingsteam noodzakelijk zijn. Hij zal het parket inlichten bij de minste verdenking van een strafbaar feit zoals een tussenkomst door derden.

Men kan zich afvragen waarom een overlegplicht noodzakelijk is bij overduidelijke natuurlijke overlijdens. In ons voorstel hebben we er toch voor gekozen om ook bij deze overlijdens een wetsdokter in te schakelen, bijvoorbeeld voor die gevallen waarbij een kind in kritieke toestand naar het ziekenhuis gebracht werd en er toch nog veel vragen zijn. De behandelende of vaststellende arts heeft in dergelijk geval niet veel kans gehad om de plaats van het fatale event te onderzoeken. Op dat moment kan aan de procureur gevraagd worden om een afstappingsofficier ter plaatse te sturen, die professioneel en in alle discretie een toetsing doet van de omstandigheden ter plaatse, de sociale context enzovoort. Dat is de reden waarom we opteren om bij deze groep toch een overleg te voorzien, voor die kinderen die ogenschijnlijk in het ziekenhuis overleden zijn en mogelijk foutief als “natuurlijk” zouden gecatalogeerd worden.

Voor de duidelijke niet-natuurlijke overlijdens is er geen gewijzigde aanpak ten opzichte van de huidige praktijk. Het is inderdaad belangrijk dat hier onmiddellijk de procureur wordt verwittigd, zodat er geen kostbare tijd verloren gaat en sporen – indien nodig – gevrijwaard worden. Bovendien kan de procureur meteen een wetsdokter vorderen om de nodige medico-legale vaststellingen te doen en het nodige verdere forensische onderzoek te verrichten.

Naast de nieuwe vorm van overlijdensattestering, werd *ten tweede* een Child Death Onderzoek (of minderjarigenprotocol) uitgewerkt dat zich toespitst op alle onbekende overlijdens van kinderen onder de achttien jaar. Gesystematiseerd, grondig onderzoek van alle onbekende overlijdens bij minderjarigen heeft als doel duidelijkheid te brengen omtrent de aard van het overlijden én de effectieve doodsoorzaak. Hierbij wordt een multidisciplinaire aanpak met aandacht voor het medische, het justitiële en de sociale context beoogd.

Ten derde beschrijft dit hoofdstuk hoe een Child Death Review op te richten in de toekomst. De doelstelling van een Child Death Review is duidelijk verschillend van een Child Death Onderzoek. Child Death Review behelst een systematische en multidisciplinaire analyse van kindersterfgevallen, met een expliciet preventief oogpunt. Het doel is om risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden te achterhalen en aldus na te gaan welke maatregelen kunnen genomen worden om vergelijkbare sterfgevallen in de toekomst te voorkomen. Dit in tegenstelling tot het Child Death Onderzoek in dit voorstel van aanpak, waar het achterhalen van de doodsoorzaak en de erbij horende omstandigheden vanuit medisch, justitieel en sociaal vlak, het doel is. De internationale best practices toonden aan dat een Child Death Review nationaal gecoördineerd moet zijn, waardoor in dit voorstel geopteerd werd voor een nationaal coördinerend orgaan dat instaat voor de administratieve voorbereiding van de review. De uitvoering van de Child Death Review gebeurt daarentegen door lokale CDR teams in erkende ziekenhuizen, die vervolgens rapporteren aan het Vlaamse CDR team. Dit multidisciplinair team valt onder het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin omwille van het neutrale karakter. De implementatie op verschillende niveaus zorgt ervoor dat een breed draagvlak gecreëerd wordt. Vooraleer deze implementatie effectief is, zal een universeel wetgevend kader moeten worden voorzien en is het wenselijk dat ook de financiering op het nationale niveau geregeld wordt. Het voorstel van aanpak voor Child Death Review richt zich op een zo breed mogelijke doelgroep, zijnde alle overlijdens tot de volle leeftijd van zeventien jaar. De bespreking van deze overlijdens gebeurt idealiter via verschillende aanpakken. De lokale CDR teams zijn bevoegd voor de individuele casebesprekingen. Het Vlaamse CDR team daarentegen zal zich focussen op het uitvoeren van statistische analyses en het formuleren van algemene aanbevelingen op basis van informatie van de lokale CDR teams.

Voor de drie aspecten van het voorstel van aanpak worden telkens de kritische randvoorwaarden (zowel juridische als andere) gedetailleerd opgesomd. Een inventarisatie van deze kritische randvoorwaarden komt eveneens in hoofdstuk 6 aan bod.

5. Pilootproject: voorstel van aanpak in huidige context

5.1 Inleiding

Vooraleer over te gaan tot de implementatie van de voorgestelde aanpak betreffende de overlijdensattestering, het minderjarigenprotocol en de Child Death Review in Vlaanderen en Brussel (cfr. hoofdstuk 4) is het aangewezen om eerst een pilootproject op te starten. Uit de internationale literatuurstudie bleek immers dat verschillende landen er jaren over hebben gedaan om tot een Child Death Review praktijk te komen. Vaak bestond de eerste fase van de implementatie uit het opstarten van een pilootproject. Pas na het ontdekken en bijschaven van alle tekortkomingen die tijdens het pilootproject aan het licht kwamen, werd een Child Death Review geïmplementeerd.

5.2 Noodzakelijke randvoorwaarden pilootproject

Deze paragraaf beschrijft aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om het pilootproject optimaal te laten functioneren. Om het voorstel van aanpak, voorgesteld in hoofdstuk 4, in te passen in het huidige Belgische wettelijk kader moeten een aantal zaken bijgeschaafd worden.

5.2.1 Geografische afbakening

In het gerechtelijk arrondissement Gent loopt momenteel een proefproject met betrekking tot het gebruik van een afstappingsofficier (cfr. 3.3.3). Daarom is het erg wenselijk om het pilootproject te laten plaatsvinden in de regio Gent. Per 1 april 2014 vindt een hervorming plaats inzake de afbakening van de gerechtelijke arrondissementen in België, waardoor de nieuwe grenzen van de arrondissementen in de toekomst zullen samenvallen met de provinciegrenzen. Het gerechtelijk arrondissement Gent zal aangevuld worden met de arrondissementen Dendermonde en Oudenaarde, en deze zullen samen het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen vormen (Federale Overheidsdienst Justitie, 2013).

Omdat dit een te grote regio vormt voor het pilootproject, stellen we voor om het pilootproject op te starten binnen een geografisch afgebakende regio in Gent. Tot deze regio behoren de volgende gemeenten: Assenede, Eeklo, Kaprijke, Maldegem, Sint-Laureins, Zelzate, Aalter, De Pinte, Deinze, Destelbergen, Evergem, Gavere, Gent, Knesselare, Lochristi, Lovendegem, Melle, Merelbeke, Moerbeke, Nazareth, Nevele, Oosterzele, Sint-Martens-Latem, Waarschoot, Wachtebeke, Zomergem en Zulte (cfr. voormalig arrondissement Gent).

5.2.2 Sensibilisering betrokken actoren

De kwaliteit van de uitvoering van het pilootproject zal afhangen van een goede multidisciplinaire samenwerking tussen tal van actoren. Zoals reeds meermaals aangetoond, is deze multidisciplinariteit van groot belang. De actoren die voornamelijk deel zullen uitmaken van dit pilootproject zijn het parket van de procureur des Konings Gent, de lokale

politie Gent (in het bijzonder de lokale recherche), het Universitair Ziekenhuis Gent, wetsdokters, huisartsen en MUG-artsen.

Om tot een succesvol pilootproject te komen, is het heel belangrijk een breed draagvlak te creëren bij alle betrokken beroepsgroepen. De medewerking van alle actoren en een vlotte onderlinge samenwerking zijn absolute vereisten. De taakomschrijving van alle actoren moet worden uiteengezet in de eerste fase van het pilootproject en zal opgenomen worden in een draaiboek. De vereisten per betrokken actor wordt hierna opgesomd.

5.2.2.1 Parket van de procureur des Konings

De procureur des Konings en zijn substituten dienen te worden gesensibiliseerd voor het voorstel van de nieuwe aanpak van overlijdensattestering en de beoogde werking van het minderjarigenprotocol. Belangrijke aandacht moet hierbij gaan naar de taken en bevoegdheden van het parket. Om de modaliteiten van het pilootproject te bepalen, moet echter eerst een overleg met het parket plaatsvinden. Daarna dient het College van Procureurs-Generaal een omzendbrief op te stellen die duidelijk uiteenzet welke acties het parket moet ondernemen afhankelijk van de situatie. Een nauwe samenwerking tussen justitie, politie, wetsdokters, vaststellende artsen en andere actoren wordt beoogd om onder meer de hiaten in de huidige overlijdensattestering weg te werken en ervoor te zorgen dat een goed multidisciplinair onderzoek plaatsvindt, toegespitst op de concrete omstandigheden.

Het parket moet goed op de hoogte zijn van de volgende zaken. Indien de procureur gecontacteerd wordt voor een niet-natuurlijk overlijden, dient hij of zij steeds een wetsdokter te vorderen. Bij een seponering ten gevolge van onvoldoende aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden, en dus een onbekende aard van overlijden, moet de procureur de zaak doorverwijzen naar het minderjarigenprotocol. Als er tussen de vaststellende arts en de wetsdokter onenigheid heerst over de aard van overlijden, ligt de uiteindelijke beslissing over de al dan niet doorverwijzing naar het minderjarigenprotocol eveneens bij de procureur.

5.2.2.2 Huisartsen, urgentieartsen, kinderartsen

Verschillende artsen moeten gesensibiliseerd worden over de beoogde wijzigingen van de huidige overlijdensattestering. Vooreerst moet overleg plaatsvinden met de Orde van Geneesheren inzake het pilootproject, onder andere om het voorstel van aanpak te toetsen en eventueel zaken bij te sturen. Voor de sensibilisering van alle artsen kan de Orde van Geneesheren in de geografisch afgebakende regio een nota opstellen die de nieuwe gang van zaken uiteenzet. Huisartsen en urgentieartsen moeten, net als het parket, duidelijk weten welke acties te ondernemen afhankelijk van de situatie. De volgende zaken moeten dan ook duidelijk worden gecommuniceerd aan de artsen.

Eerst en vooral wordt bij natuurlijke en onbekende overlijdens een overlegplicht ingevoerd tussen de attesterende arts en een erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding in de gerechtelijke geneeskunde met minstens één

jaar ervaring). Indien de vaststellende arts als eerste arts ter plaatse is, moet hij de wetsdokter van wacht contacteren. Na dit overleg vult de vaststellende arts het huidige officiële overlijdensattest in. Indien er onenigheid heerst tussen beide artsen, moet de procureur des Konings verwittigd worden. Als de aard van overlijden onbekend is, dient “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: ja” te worden aangekruist op het huidige officiële overlijdensattest, vermits dit momenteel nog niet werd aangepast zoals voorgesteld in 4.2.3. De wetsdokter zal dan de procureur inlichten. Wat de gevallen van vermoeden van wiegendoed betreft, is dit dus een verandering ten opzichte van de huidige attestering. Momenteel worden deze als “natuurlijk” beschouwd en wordt er geen gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aangekruist. Enkel indien het een duidelijk natuurlijk overlijden is ten gevolge van ziekte of een vooraf bestaande pathologie (bv. congenitaal) mag “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: nee” worden aangekruist. Bij niet-natuurlijke overlijdens wordt de huidige procedure behouden. De procureur des Konings wordt onmiddellijk ingeschakeld door de vaststellende arts of de politie en een wetsdokter dient te worden gevorderd. Er vindt dus geen overleg plaats in deze situaties.

Vervolgens moeten de artsen op de hoogte zijn van het gebruik van het nieuwe overlijdensattest en de wijzigingen ten opzichte van het voorgaande attest. De vaststellende arts én de erkende geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde (of assistent in opleiding met minstens 1 jaar ervaring) moeten het nieuwe overlijdensattest bij onbekende of natuurlijke overlijdens invullen na onderling overleg. Artsen moeten duidelijk weten wat te attesteren (niet-natuurlijk, natuurlijk of onbekend) in welke situatie.

Tot slot worden de artsen ook ingelicht over de invoering en het gebruik van standaardformulieren in het kader van het minderjarigenprotocol en de Child Death Review. Ze moeten weten hoe deze formulieren in te vullen en hoe deze door te sturen naar de coördinator van het minderjarigenprotocol.

5.2.2.3 Erkende geneesheer-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde

De nieuwe overlijdensattestering vereist een nauwe betrokkenheid van de wetsdokters. De volgende zaken moeten duidelijk aan hen worden gecommuniceerd.

Bij natuurlijke en onbekende overlijdens zullen zij gecontacteerd worden door de eerste arts ter plaatse, waarna een overleg plaatsvindt. Na dit overleg vult de wetsdokter samen met de vaststellende arts het nieuwe overlijdensattest in. Indien er over de aard van overlijden onenigheid heerst tussen de vaststellende arts en de wetsdokter, wordt de procureur des Konings gecontacteerd. Het officiële overlijdensattest kan in de huidige situatie enkel worden ingevuld door de vaststellende arts. Elk onbekend overlijden vereist dat de wetsdokter de procureur des Konings verwittigt. In geval van een onbekend overlijden moet de wetsdokter bovendien een standaardformulier invullen dat later zal gebruikt worden voor de Child Death Review.

Bij niet-natuurlijke overlijdens zal de procureur de wetsdokter ook vorderen. In dit geval geldt geen overlegplicht.

5.2.2.4 Teamleden minderjarigenprotocol en Child Death Review Team

De teamleden van het minderjarigenprotocol en van het lokale Child Death Review team moeten vooraf in kaart gebracht worden en een opleiding krijgen. Men kan bijvoorbeeld een studiedag voorzien om de werking van de procedure aan te leren, praktische afspraken te maken en dergelijke.

Specifiek moet de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol goed informatie uitwisselen met de procureur des Konings, voor het geval er tijdens de uitvoering van het minderjarigenprotocol aanwijzingen worden gevonden voor een misdrijf. Verder heeft de coördinerende arts ook een belangrijke taak inzake het informeren van de ouders en het vragen van de toestemming voor autopsie. Hij vraagt aan de ouders toestemming voor een autopsie indien dit door het multidisciplinair team noodzakelijk wordt geacht. Het is bijgevolg van groot belang dat de coördinerende arts het belang van een autopsie kan aantonen en de ouders weet te overtuigen.

5.2.2.5 Lokale politie Gent

In het huidige proefproject van de lokale politie in het gerechtelijk arrondissement Gent komt steeds een afstappingsofficier ter plaatse bij alle overlijdens waarvan de politie op de hoogte is. In het pilootproject zal de rol van de afstappingsofficier zich beperken tot de onbekende overlijdens van minderjarigen. De procureur des Konings zal in deze gevallen steeds een afstappingsofficier vorderen. Deze nieuwe aanpak moet worden gecommuniceerd aan de afstappingsofficieren, waarna zij via opleidingen (bv. door het onderzoeksteam) onder andere de procedure van het minderjarigenprotocol aanleren en praktische afspraken maken. Zij zullen er tijdens deze opleidingsdagen ook van op de hoogte gebracht worden dat ze bij iedere casus een standaardformulier moeten invullen. Dit formulier wordt eerst gebruikt door het minderjarigenprotocol en later ook nog eens door het Child Death Review team. Tijdens de uitvoeringsfase van het pilootproject zal aan de officieren gevraagd worden om de inhoud van deze formulieren bij te sturen waar nodig. Tot slot moeten de afstappingsofficieren ingelicht worden over het feit dat ze tijdens het verdere verloop van het onderzoek informatie mogen delen met de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol, maar dit gebeurt steeds onder toezicht van de procureur des Konings. In hoeverre deze informatie-uitwisseling in de praktijk mogelijk is (cfr. privacywetgeving), zal moeten getoetst worden in dit pilootproject.

Naast een afstappingsofficier is het eveneens wenselijk dat een vertegenwoordiger van slachtofferbejegening (cfr. maatschappelijk assistent of politieassistent) ter plaatse komt, enerzijds voor opvang van de familie van de overledene en anderzijds ter ondersteuning van het maatschappelijk onderzoek naar de familie. In Gent kan men nagaan of er bijvoorbeeld in de jeugdbrigade een dergelijke assistent zit die ingeschakeld kan worden. Het is aangewezen om deze aspecten volledig uit te klaren in dit pilootproject.

5.2.2.6 Nabestaanden overleden minderjarige

De communicatie naar de nabestaanden toe is een belangrijk gegeven om rekening mee te houden. De nabestaanden moeten ervan op de hoogte zijn dat het om een pilootproject gaat. Na het vaststellen van de dood van een minderjarige waar de aard van overlijden onbekend is, moet de vaststellende arts de ouders inlichten dat de wetsdokter verplicht is het overlijden te melden aan de procureur des Konings. Hierbij wordt reeds melding gemaakt van het bestaan van het minderjarigenprotocol in het UZ Gent, waarnaar de procureur eventueel zal doorverwijzen. De ouders mogen echter niet de indruk krijgen dat het minderjarigenprotocol een strafrechtelijk onderzoek is. De vaststellende arts moet dan ook de nadruk leggen op de doelstelling van het minderjarigenprotocol, zijnde het achterhalen van de doodsoorzaak, en beklemtonen dat de procureur een zuiver coördinerende en toezichthoudende functie heeft.

Als de procureur beslist om het minderjarigenprotocol op te starten, licht de vaststellende arts de ouders in over het vervoer van het lichaam naar het minderjarigencentrum van het UZ Gent. De ouders moeten er op dat moment eveneens van op de hoogte zijn dat het lichaam pas vrijgegeven wordt na afloop van de onderzoeken en na toestemming van de procureur.

Bij aankomst in het minderjarigencentrum informeert de coördinerende arts de ouders over de te volgen procedure en geeft hen een informatiefolder. Hij gaat specifiek in op de rol van de autopsie, alsook op de toestemming die de ouders hiervoor moeten verlenen. Nadien moeten de ouders weten dat de coördinerende arts steeds beschikbaar blijft voor verdere vragen en dat zij indien nodig beroep kunnen doen op de sociale dienst en een psychologe van het UZ Gent.

5.2.3 Werking minderjarigenprotocol

Vooraleer het minderjarigenprotocol van start kan gaan, moet het wiegendoodcentrum van het UZ Gent tijdelijk omgevormd worden tot een minderjarigencentrum. Vervolgens moet via een conventie de financiering van dit minderjarigencentrum geregeld worden. Wat de administratieve omkadering betreft, moet een coördinator aangesteld worden die zich zal bezig houden met het administratieve beheer van de review.

5.2.4 Budgettaire omkadering

Dit pilootproject wil zoveel als mogelijk gebruik maken van bestaande structuren. Zo worden de extra uitgaven tot het minimum beperkt. Desondanks zal men na het pilootproject toch een zicht moeten krijgen op de totale kosten. Aan de hand van de evaluatie kan men de kosten voor het personeel, de onderzoeken en het databeheer berekenen. Het zal daardoor ook duidelijk worden welke onderzoeken nodig zijn om tot een efficiënt minderjarigenprotocol te komen, zodat eventueel overbodige onderzoeken (en dus ook kosten) kunnen worden weggelaten. Anderzijds zal voor het pilootproject een budget moeten voorzien worden voor de aanvullende technische onderzoeken, zoals bv. bacteriologie, metabool onderzoek, enzoverder.

Wat het minderjarigenprotocol betreft, zijn er niettemin problemen om na te gaan welke extra kosten de doorgevoerde wijzigingen met zich meebrengen ten opzichte van de actuele situatie. Er zijn immers geen duidelijke cijfers beschikbaar over de kostprijs van het huidige wiegendoodprotocol. Daarom lijkt een evaluatie van het wiegendoodprotocol wenselijk, nog liefst voor de uitvoering van het pilootproject. Op basis van de kostenevaluatie van dit wiegendoodprotocol kan dan een zicht verkregen worden op de mogelijke kosten van het minderjarigenprotocol tijdens het pilootproject.

5.2.5 Privacywetgeving

In het huidige juridisch kader is het voor bepaalde actoren an sich onmogelijk om onderling informatie uit te wisselen. Het gaat hier bijvoorbeeld over een overleg tussen de politie en de coördinerende arts van het minderjarigenprotocol. Net zoals in het Protocol van Moed zullen tijdens dit pilootproject de grenzen van het beroepsgeheim moeten worden afgetast (Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2012). Daarom moet, in overleg met alle betrokken actoren, een protocol opgesteld worden dat de actoren in het pilootproject toelaat om te experimenteren. Het protocol moet gesteund zijn op een geldig juridisch kader. Daarom zal in de eerste fase van het pilootproject het juridische kader moeten bekeken worden in samenspraak met juristen die expertise omtrent privacywetgeving en medisch recht hebben. Bij dit overleg lijkt een advies van de Orde van Geneesheren eveneens wenselijk.

5.3 Indicatieve projectplanning en werkwijze

Idealiter bedraagt de duur van het pilootproject minstens drie jaar. De uitwerking van dergelijk project dient immers volgens een aantal fasen te gebeuren. Deze fasering kan er als volgt uitzien:

De eerste fase is cruciaal voor een goede start van het pilootproject. Een beduidend aantal randvoorwaarden zullen tijdens deze fase moeten worden vervuld (cfr. 5.2). Het voorstel van aanpak moet in de eerste plaats getoetst worden bij de verschillende actoren die bij voorkeur deel zouden uitmaken van het pilootproject. Zo kan het huidige voorstel na consensus bijgewerkt en verfijnd worden in functie van de geïdentificeerde noden van de actoren. Na het verfijnen van het voorstel moet een theoretisch kader in de vorm van een protocol uitgewerkt worden. Dergelijk protocol voorziet een degelijke juridische basis waarop onder andere de informatie-uitwisseling tussen de verschillende partijen kan steunen. De vertaling van het protocol naar het praktijkniveau gebeurt door middel van een draaiboek dat bestemd is voor alle betrokken actoren. Dit draaiboek regelt de praktische uitwerking van het project en zal alle nodige standaardformulieren bevatten die tijdens het project gebruikt moeten worden.

Na de grondige voorbereiding gaat in een *tweede fase* de effectieve uitvoering van het pilootproject van start. Na goedkeuring van het theoretisch kader en het draaiboek moeten deze geïntroduceerd worden in de afgebakende regio Gent. Het creëren van een draagvlak

zorgt ervoor dat zowel de bevolking als alle betrokken actoren volledig op de hoogte zijn van de komende veranderingen. De betrokken actoren worden op deze manier geresponsabiliseerd om maximaal deel uit te maken van het pilootproject. Vervolgens worden gedurende een jaar de nieuwe overlijdensattestering, het minderjarigenprotocol en de Child Death Review uitgetest. De uitvoering wordt nauwlettend in het oog gehouden en er wordt frequent teruggekoppeld over het verloop van de implementatie in de praktijk.

Na een jaar zullen tijdens de *derde fase* de activiteiten van het pilootproject globaal worden geëvalueerd. De evaluatie zal in een eindrapport sterke punten en tekortkomingen van het project aan het licht brengen. Rekening houdend met de geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren kunnen aanpassingen doorgevoerd worden. Afhankelijk van een goede evaluatie zal al dan niet een implementatieplan worden opgesteld voor het definitief installeren van de drie componenten (nieuwe overlijdensattestering, minderjarigenprotocol en Child Death Review teams in Vlaanderen en Brussel).

Het is noodzakelijk om reeds tijdens de eerste fase een concrete planning voorop te stellen. Na de definitieve implementatie van het project moet eveneens voor een goede follow-up van de verdere praktijk gezorgd worden, zodat de continuïteit van het project gegarandeerd wordt.

5.4 Pilootproject regio Gent

Het pilootproject zal uit drie onderdelen bestaan, analoog aan het voorstel van aanpak: (1) een aanpassing van de overlijdensattestering, (2) de invoering van het minderjarigenprotocol en (3) de opstart van een Child Death Review. De praktische invulling van deze onderdelen wordt hierna achtereenvolgens besproken.

5.4.1 Overlijdensattestering

Bij het overlijden van een minderjarige stelt de eerste arts die ter plaatse wordt geroepen het overlijden vast. In het huidige wettelijk kader maakt hij hiervoor gebruik van het officiële overlijdensattest, dat tijdens het pilootproject behouden wordt. Aanvullend zal hij tijdens deze studie echter gebruik moeten maken van het nieuwe model IIID van het overlijdensattest (cfr. 4.2.3). De consequenties in functie van de genomen beslissing na het onderling overleg tijdens de overlijdensattestering zien er daardoor als volgt uit:

5.4.1.1 Aard van overlijden: niet-natuurlijk

Indien het gaat om een duidelijk niet-natuurlijk overlijden wordt onmiddellijk de procureur des Konings gecontacteerd en verloopt alles volgens de bestaande procedure. De procureur opent dan een opsporingsonderzoek en vraagt het plaats delict team ter plaatse om de plaats van overlijden grondig op sporen te onderzoeken. Gelijktijdig wordt het lichaam in beslag genomen en vordert de procureur, indien nodig, een wetsdokter. Er vindt in deze gevallen dus geen voorafgaand overleg plaats tussen de vaststellende arts en de wetsdokter. Het is de vaststellende arts die als enige het officiële overlijdensattest invult

(“gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: ja”), alsook het nieuwe overlijdensattest (“aard van overlijden: niet-natuurlijk”). Een justitieel onderzoek volgt volgens de inschatting en analyse van de procureur.

Indien zij om welke reden dan ook beslissen om het onderzoek stop te zetten en de zaak te seponeren wordt aan de procureurs gevraagd om de zaak alsnog door te sturen naar het minderjarigenprotocol.

5.4.1.2 Aard van overlijden: natuurlijk

Indien het gaat om een natuurlijk overlijden moet de vaststellende arts de wetsdokter van wacht contacteren voor overleg bij de overledene. De wetsdokter komt dan ter plaatse en voert een prospectie uit. Het is de vaststellende arts die het officiële overlijdensattest invult (“gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: neen”). Zowel de vaststellende arts als de wetsdokter vullen het nieuwe model van het overlijdensattest in (“aard van overlijden: natuurlijk”) en ondertekenen het beide. Er wordt verder geen vervolg aan dit overlijden gekoppeld. Een ambtenaar van de burgerlijke stand kan toestemming geven voor begraving of crematie.

5.4.1.3 Aard van overlijden: onbekend

Indien het gaat om een onbekend overlijden wordt initieel dezelfde procedure gevolgd als voor de natuurlijke sterfgevallen voor het overleg tussen de vaststellende arts en de wetsdokter, het ter plaatse komen, het uitvoeren van de eerste prospectie en het invullen van de overlijdensattesten. In dit geval zal de vaststellende arts echter “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: ja” aanduiden op het officiële overlijdensattest. Op het nieuwe overlijdensattest zullen zowel de vaststellende arts als de wetsdokter “aard van overlijden: onbekend” aankruisen. Hierna neemt de wetsdokter contact op met de procureur des Konings, die beslist of de zaak doorverwezen wordt naar het minderjarigenprotocol. Met het oog op de Child Death Review vullen de vaststellende arts, de wetsdokter en de afstappingsofficier elk een specifiek standaardformulier in.

In het kader van het pilootproject moeten alle artsen gesensibiliseerd worden om bij een onbekend overlijden steeds gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aan te tekenen. Deze stap moet dus ook gezet worden bij vermoedens van wiegendood. Momenteel gaat men bij een vermoeden van wiegendood nooit gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aankruisen, omdat het huidige wiegendoodprotocol (voor kinderen onder de achttien maanden) slechts van toepassing is als de vaststellende arts het overlijden als natuurlijk attesteert. In het pilootproject wensen we daarentegen dat de vaststellende arts wel gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aankruist en bijgevolg de procureur des Konings verwittigd wordt.

5.4.1.4 Aard van overlijden: onbeslist door onenigheid tussen vaststellende arts en wetsdokter

Wanneer de wetsdokter en de vaststellende arts niet dezelfde mening zijn toegedaan, neemt de wetsdokter contact op met de procureur des Konings. Die beslist op zijn beurt of het sterfgeval doorgestuurd wordt naar het minderjarigenprotocol of er een justitieel onderzoek ingesteld wordt.

Samengevat kunnen we stellen dat de vaststellende arts “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: neen” aankruist bij overduidelijke natuurlijke overlijdens, terwijl hij bij de niet-natuurlijke en onbekende overlijdens “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar: ja” moet aanduiden. Ook bij twijfel moeten de vaststellende artsen nu gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aankruisen en het aldus op deze manier als een onbekend overlijden beschouwen. In het pilootproject geldt dus steeds een overlegplicht in geval van een natuurlijk of onbekend overlijden. Er worden voorlopig enkel standaardformulieren voorzien in het geval van sterfgevallen met een onbekende aard van overlijden, omdat de reikwijdte van de Child Death Review beperkt wordt tot deze categorie van sterfgevallen (cfr. 5.4.3).

5.4.2 Minderjarigenprotocol

Wanneer de procureur des Konings in het kader van een onbekend overlijden beslist om over te gaan tot het minderjarigenprotocol (ook in geval van seponering), zal het lichaam van de overleden minderjarige in beslag worden genomen. Het minderjarigencentrum, in dit geval het UZ Gent, wordt gecontacteerd door de wetsdokter en het lichaam wordt zo snel mogelijk naar dit centrum overgebracht.

In het UZ Gent wordt het minderjarigenprotocol (cfr. 4.3) uitgevoerd door een multidisciplinair team van artsen, dat wordt bijgestaan door de sociale dienst en een psycholoog die instaan voor de ondersteuning van de ouders. Het team zal bestaan uit gespecialiseerde kinderartsen (kindercardioloog, kinderpneumoloog, kinderradioloog, kinderarts met expertise in kindermishandeling, enzovoort), een anatoompatholoog en een wetsdokter. Eén van deze teamleden wordt aangesteld als coördinerende arts. Deze beslist op welk moment van het minderjarigenprotocol overleg noodzakelijk is. Aan het einde van het minderjarigenprotocol wordt hoe dan ook een afsluitend multidisciplinair overleg gehouden om definitieve conclusies omtrent de casus te kunnen trekken.

Het zal uit de praktijk moeten blijken of een deelname van de afstappingsofficier aan het multidisciplinair overleg noodzakelijk is, en of dit kan stroken met zijn functie als politieambtenaar. Mogelijk is het invullen van het standaardformulier voldoende en kunnen eventuele bijkomende vragen telefonisch worden beantwoord. We verwijzen hier graag naar het Protocol van Moed (Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2012). Net zoals in dit protocol zullen er onderlinge afspraken moeten gemaakt worden voor informatieverzameling en –uitwisseling en moeten deze allen neergeschreven worden in een

protocol. Daarom moeten de mogelijkheden van dossiergebonden casusoverleg tussen de artsen, de afstappingsofficier en andere personen worden nagegaan (cfr. draaiboek).

5.4.3 Child Death Review

5.4.3.1 Doelgroep

Het is onmogelijk om in het huidige Vlaamse en Brusselse kader een efficiënte Child Death Review op te starten voor alle niet-natuurlijke, natuurlijke en onbekende sterfgevallen. Vanwege de ontoereikende dataverzameling bij natuurlijke (enkel overlijdensattest beschikbaar) en niet-natuurlijke overlijdens (geen toegang tot lopend gerechtelijk dossier door geheim van het onderzoek), zal het in dit pilootproject enkel mogelijk zijn om een review uit te voeren van alle onbekende overlijdens van minderjarigen die terecht kwamen in het minderjarigenprotocol van het UZ Gent.

Hoewel het uitgesloten is om een prospectieve review uit te voeren van lopende gerechtelijke zaken (dus niet-natuurlijke overlijdens), zou het toch nuttig zijn om ook deze categorie van overlijdens te bespreken. Dit om na te gaan op welke praktische problemen we stuiten inzake informatieverzameling en dergelijke. Daarom stellen we voor om een retrospectieve studie te doen van een selectie van niet-natuurlijke overlijdens waarvan het gerechtelijk onderzoek reeds volledig afgerond is. Gezien het uitgangspunt van de huidige studie, zijnde kindermishandeling, stellen we dan ook voor die gerechtelijke zaken te includeren waarbij er sprake was van kindermishandeling. We verwachten bij het uitvoeren van deze reviews wel problemen in verband met de kwaliteit en de beschikbaarheid van gegevens (cfr. geen gestandaardiseerde aanpak, geen uniforme gegevensverzameling). Daarom lijkt het wenselijk om eerst een review te doen van de overlijdens die in het verleden reeds onderzocht werden in het kader van de wet van 26 maart 2003. Dit is in deze wet voorzien, maar is tot op heden nog niet gebeurd.

5.4.3.2 Organisatie

In het voorstel van aanpak (cfr. hoofdstuk 4) worden drie instanties voorgesteld: een nationaal coördinerend orgaan, een Vlaams CDR team en lokale CDR teams. Gezien de geografische afbakening van het pilootproject stellen we voor om één lokaal CDR team op te richten in de regio Gent, meer bepaald in het UZ Gent. Een Vlaamse CDR kan voorlopig niet worden opgericht, noch een nationaal coördinerend orgaan vermits de juridische randvoorwaarden hiervoor nog niet vervuld zijn. De administratieve, coördinerende taken kunnen voor het pilootproject verzorgd worden door een coördinator binnen het UZ Gent.

5.4.3.3 Dataverzameling

De standaardformulieren van de vaststellende arts, de wetsdokter, de afstappingsofficier en het multidisciplinair team van het UZ zullen samen met het nieuwe overlijdensattest worden doorgestuurd naar de aangestelde coördinator van het CDR team in het UZ Gent. De data zullen verzameld worden in een online databank, die zich tijdelijk binnen het intranet van het

UZ Gent bevindt. Daarna brengt de coördinator eventuele betrokken instanties op de hoogte en vraagt hen indien nodig om bijkomende informatie. Na de verzameling en verwerking van alle gegevens beoordeelt de coördinator de volledigheid van de informatie en bereidt hij de review voor.

Men zal moeten experimenteren met de mogelijkheid om deze registratie zo anoniem mogelijk te laten verlopen. De mate van anonimisering hangt af van de inhoud van de standaardformulieren en de informatie die noodzakelijk wordt geacht om een efficiënte review uit te voeren. Al deze aspecten zullen duidelijk worden doorheen de uitvoering van het pilootproject, alsook na de grondige evaluatie. Niettemin is het een element waar reeds vóór de uitvoering van het pilootproject over overlegd moet worden.

5.4.3.4 Aanpak van review

De voorbereiding van de review start wanneer de coördinator door de wetsdokter op de hoogte gebracht wordt van de overleden minderjarige. Terwijl de coördinator alle nodige informatie verzamelt en verwerkt, brengt hij de kernleden van het lokale CDR team op de hoogte dat een review dient plaats te vinden. Indien de kern dit nodig acht, kunnen eventueel ad hoc experts en betrokken instanties uitgenodigd worden. Bij aanvang van de review zullen alle leden een discretieclausule ondertekenen, waarna de casus grondig en individueel besproken wordt.

Na de review zal het lokale CDR team een verslag opstellen dat een antwoord geeft op de volgende vragen (cfr. hoofdstuk 2):

- Welke modificeerbare factoren werden in deze casus geïdentificeerd?
- Wat kunnen we, op basis van deze modificeerbare factoren, doen om toekomstige overlijdens van dezelfde aard te voorkomen?

Vervolgens geeft het lokale CDR team feedback aan de betrokken instanties uit het dossier. Het dient te worden opgemerkt dat een speciale regeling zou moeten uitgewerkt worden voor gevallen van kindermishandeling. De dossiers waarin mogelijk sprake was van kindermishandeling kunnen door het lokale CDR team doorgestuurd worden naar de arrondissementale raden kindermishandeling (cfr. 3.5.1.1). Deze raden kunnen een andere blik op de besprekingen en de conclusies van de lokale CDR werpen, omdat zij er vanuit een specifieke invalshoek naar kijken. Het medische luik wordt er niet besproken, maar de focus zal meer op het procesmatige aspect liggen. Daarenboven kunnen de raden de conclusies van de lokale CDR extrapoleren naar de werking van instanties (bv. VK) binnen het arrondissement of de regio.

5.4.4 Globale evaluatie

Het pilootproject is een proefproject, wat inhoudt dat het project voortdurend en op een wetenschappelijke wijze zal geëvalueerd worden tijdens de uitvoeringsfase. Na een bepaalde periode moet echter een grondige evaluatie van het pilootproject door een multidisciplinair onderzoeksteam volgen. De evaluatie moet gebaseerd zijn op zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. In dit geval kan men enerzijds gebruik maken van (1) het nieuwe overlijdensattesten (2) de standaardformulieren. Voor deze evaluatie is het dus cruciaal dat tijdens het pilootproject reeds correct gebruik gemaakt wordt van al deze documenten. Anderzijds kan men zich baseren op (3) de verslagen van het lokale CDR team en (4) evaluatiegesprekken met de betrokken actoren. Globaal zal aldus een vorm van interne audit plaatsvinden. Om praktische redenen zal een externe audit, zoals deze in de ideale situatie voor CDR beoogd wordt, niet haalbaar zijn.

Afhankelijk van deze globale evaluatie kan men vervolgens beslissen over het al dan niet definitief implementeren van de drie componenten: een nieuwe overlijdensattestering, het minderjarigenprotocol en de Child Death Review teams in Vlaanderen en Brussel.

5.5 Conclusie

Het pilootproject zal moeten aantonen of de voorgestelde aanpak voor de drie componenten (overlijdensattestering, minderjarigenprotocol en Child Death Review) in praktijk haalbaar is.

Voor het pilootproject opteren we om tijdens de overlijdensattestering al met een heel brede reikwijdte te starten. Een brede visie en aanpak zijn noodzakelijk om te vermijden dat zaken buiten onze radar zouden geraken. De nieuwe overlijdensattestering zal toegepast worden op alle overlijdens van minderjarigen. Het minderjarigenprotocol daarentegen spitst zich in toe op de onbekende overlijdens, net als de Child Death Review. Aan de hand van de resultaten kunnen bepaalde keuzes gemaakt worden wat de verdere afbakening van deze drie componenten betreft.

In dit hoofdstuk werden een aantal noodzakelijke randvoorwaarden gespecificeerd. Niet alleen de geografische afbakening zal in dit proefproject moeten geëvalueerd worden. Een goede sensibilisering van alle betrokken actoren (voornamelijk artsen, politie, procureur des Konings, diverse hulpverleners) dringt zich op. Er zal met andere woorden een breed draagvlak moeten worden gecreëerd, zodat een mooie multidisciplinaire samenwerking kan uitgebouwd worden. Meer in het bijzonder zal geëvalueerd worden of het invullen van een nieuwe overlijdensaangifte, met verplicht overleg met een wetsdokter, de steun van de clinici krijgt. Hierbij aansluitend zal nagegaan worden in hoeverre er bereidheid is voor extra administratief werk zoals het invullen van standaardformulieren. In het pilootproject zal tevens nagegaan worden of het mogelijk is om op een meer discrete manier een toetsing ter plaatse te doen door een afstappingsofficier, of er steeds een plaats delict team nodig is. Tevens lijkt het nuttig om samen met een afstappingsofficier een maatschappelijk assistent of politieassistent met expertise in slachtofferbejegening te vragen.

Uit dit pilootproject zal tevens blijken over hoeveel overlijdens het in de regio Gent gaat en wat de gevolgen zijn naar organisatie en belasting van het lokale CDR team toe. Vanuit deze cijfers kan eventueel een voorzichtige extrapolatie naar het nationaal niveau gemaakt worden.

Tevens zal blijken hoe door de nabestaanden op het project gereageerd wordt en hoe zij op een goed doordachte, menselijke, geïndividualiseerde aanpak kunnen opgevangen worden. Er zal aandacht besteed moeten worden aan de manier waarop zij kunnen gemotiveerd worden om het Child Death Onderzoek te steunen en aldus om hun akkoord voor dit onderzoek te geven.

Tenslotte zal in het kader van het pilootproject een raming van de kosten opgenomen worden, waardoor een advies omtrent de minimale budgettaire vereisten mogelijk is. Het gaat hier in eerste instantie over het budget dat moet voorzien worden voor het Child Death Onderzoek (bv. autopsie, radiologisch onderzoek, metabool onderzoek, histologisch onderzoek enzoverder).

6. Algemeen besluit en aanbevelingen

6.1 Situering van de vraagstelling en huidige problematiek

Het uitgangspunt van dit onderzoek is het belang van gestructureerd onderzoek bij overlijdens van minderjarigen (tot de volle leeftijd van zeventien jaar). Vlaanderen en Brussel worden immers elk jaar geconfronteerd met enkele gevallen van verdacht overlijden, al dan niet ten gevolge van fatale kindermishandeling. Vanuit het Vlaams Forum Kindermishandeling werd de vraag gesteld om na te gaan of het verrichten van een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel kan leiden tot de preventie van dergelijke overlijdens in de toekomst. Het beoogde maatschappelijke effect is aldus het aantal sterfgevallen te reduceren door het systematisch identificeren van risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden.

Na een grondige internationale literatuurstudie bleek dat het uitvoeren van een Child Death Review in Vlaanderen en Brussel momenteel niet haalbaar is. Meer in het bijzonder werd duidelijk dat het uitstippelen van een aanpak voor Child Death Review in de ons omringende landen een proces van jaren omvatte, waardoor we momenteel ver verwijderd zijn van de internationale situatie. Het hier voorgestelde onderzoeksrapport kwam tot stand in een periode van vier maanden.

Vooreerst willen we de belangrijkste knelpunten die aan bod kwamen in de loop van dit onderzoeksproject opnieuw opsommen:

1) *Overlijdensattest*

De huidige manier van attesteren van een overlijden, zowel bij kinderen als bij volwassenen, waarbij het cruciaal onderscheid moet gemaakt worden tussen een (vermoeden van) natuurlijk en niet-natuurlijk overlijden, wordt sterk in vraag gesteld. Concreet betekent dit dat de arts moet attesteren of er al dan niet een “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie” is, waarbij tot een niet-natuurlijk overlijden geconcludeerd wordt wanneer er een vermoeden is dat er een uitwendige factor interfereerde bij het overlijden. Een niet-natuurlijk overlijden kan zowel een accidentele, suïcidale of criminele context hebben. Dit impliceert dat de procureur des Konings gecontacteerd wordt en een gerechtelijk (voor)onderzoek volgt. Momenteel rust de cruciale beslissing of het al dan niet gaat om een natuurlijk overlijden op de schouders van één vaststellende arts. Deze arts kan een behandelende geneesheer zijn die de medische achtergrond van de overledene goed kent, maar kan ook een arts van wacht (huisarts, spoedarts, urgentiearts) zijn. Uit de praktijk blijkt dat bij twijfel omtrent de aard van overlijden (natuurlijk versus niet-natuurlijk) of omtrent de doodsoorzaak de drempel bij de vaststellende arts om “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie” aan te duiden groot is wegens diverse redenen (druk door nabestaanden, een negatieve connotatie aan een gerechtelijk onderzoek vermits men het overlijden dan als “verdacht” beschouwt met mogelijke stigmatisatie van de omgeving en vrees voor de consequenties zoals inbeslagname woning).

2) *Child Death Onderzoek*

Een onduidelijk of onbekend overlijden hoeft niet steeds te wijzen op een strafbaar feit, maar een grondig onderzoek ervan is noodzakelijk zodat correcte data verzameld kunnen worden. Een gestructureerd, gesystemiseerd Child Death Onderzoek dringt zich op zodat objectieve gegevens in een databank opgenomen kunnen worden. Deze gegevens kunnen in een later stadium gebruikt worden voor analyse door een Child Death Review team, dat op zijn beurt adviezen voor preventieve maatregelen kan formuleren.

3) *Overlijdensstatistieken*

In aansluiting met het knelpunt omtrent de actuele overlijdensattestering moeten bedenkingen gemaakt worden omtrent de huidige beschikbare statistische gegevens, zowel voor Vlaanderen en Brussel als voor alle regio's in België. Er zijn aanwijzingen dat een aantal overlijdens gecatalogeerd worden als "natuurlijk" terwijl de aard van overlijden eigenlijk onduidelijk of onbekend is. Vermits de huidige overlijdensstatistieken dus vermoedelijk hiaten of onzorgvuldigheden bevat, is een grondige analyse van deze data momenteel niet nuttig in het kader van een Child Death Review.

6.2 Voorstel van aanpak

Op basis van een grondige internationale literatuurstudie, de huidige situatie in België en het toetsen van de huidige medische praktijk, stellen we volgend voorstel van aanpak voor: (1) een nieuwe wijze van overlijdensattestering, (2) een multidisciplinair Child Death Onderzoek en (3) een Child Death Review.

6.2.1 Een nieuwe wijze van overlijdensattestering (cfr. 4.2)

Verwijzend naar de huidige problematiek bij het attesteren van een overlijden, zijn we van mening dat de kwaliteit van de attestering moet toenemen en zo aanleiding zal geven tot meer correcte statistische data. Dit is mogelijk wanneer de verantwoordelijkheid niet meer enkel bij die ene vaststellende arts ligt in geval van een vermoeden van een onbekend overlijden of indien er twijfels zijn omtrent het natuurlijk overlijden. Daarom pleiten we voor een *verplicht overleg* met een tweede forensisch opgeleide arts bij elk onbekend en natuurlijk overlijden van een minderjarige. Hierbij aansluitend pleiten we voor de invoering van een *nieuw overlijdensattest*, waarin wat betreft de aard van het overlijden, het onderscheid moet gemaakt worden tussen hetzij een natuurlijk overlijden, hetzij een niet-natuurlijk overlijden, hetzij een onbekend overlijden. Het is aldus de bedoeling om bij twijfels omtrent de aard en/of de oorzaak van een overlijden, een mogelijkheid tot het attesteren van een meer neutrale optie, nl. "onbekend" toe te laten.

6.2.2 Een grondig en multidisciplinair Child Death Onderzoek (cfr. 4.3)

Een grondig, gesystematiseerd Child Death Onderzoek noodzaakt een multidisciplinair onderzoek naar het overlijden. Er moet hierbij aandacht zijn voor de medische gegevens, de justitiële aspecten en de sociale context. Dit drieluik moet door een multidisciplinair team, waarin ieder de nodige kennis en expertise vanuit zijn eigen werkveld heeft, aangepakt worden. Vermits er vragen zijn omtrent een – vandaag niet te specificeren aantal – overlijdens bij minderjarigen, dringt een multidisciplinair onderzoek van *alle onbekende* overlijdens bij kinderen tot de volle leeftijd van zeventien jaar zich op.

Een praktisch werkmiddel hiervoor is het “*minderjarigenprotocol*” dat bij alle onbekende overlijdens toegepast moet worden. Verwijzend naar de bezorgdheid in geval van onbekende overlijdens (eventueel een strafbaar feit direct of indirect aan de basis van het overlijden) wordt de procureur des Konings nauw betrokken in dit Child Death Onderzoek, waardoor bij de minste verdenking op elk moment van de procedure een klassiek justitieel onderzoek kan opgestart worden. De procureur wordt tevens door het multidisciplinair team geïnformeerd omtrent de resultaten van de onderzoeken, met het erbij aansluitende intensief overleg en de uiteindelijke conclusie.

Een grondig, multidisciplinair Child Death Onderzoek is een *conditio sine qua non* voor het uitvoeren van een betrouwbare Child Death Review in de toekomst.

6.2.3 Een gestructureerde en gesystematiseerde Child Death Review (cfr. 4.4)

Als doelgroep voor Child Death Review worden alle overlijdens van kinderen tot de volle leeftijd van zeventien jaar beschouwd, zowel de niet-natuurlijke als de natuurlijke als de onbekende (met exclusie van de perinatale overlijdens). Vanuit het internationaal literatuuronderzoek bleek dat multidisciplinariteit en expertise hierbij centraal moeten staan om de kwaliteit ervan te waarborgen. Dit impliceert tevens een nauwe samenwerking en overleg tussen het nationale en lokale niveau zodat preventieve maatregelen kunnen uitgewerkt worden om analoge overlijdens in de toekomst te vermijden.

6.3 Aanbevelingen

Om te kunnen overgaan tot het voorgestelde model van aanpak in Vlaanderen en Brussel zijn er verscheidene juridische en andere kritische randvoorwaarden die dienen vervuld te worden om de praktische haalbaarheid van het voorstel van aanpak te kunnen garanderen. Voor een gedetailleerde toelichting van de kritische randvoorwaarden verwijzen we naar hoofdstuk 4: 4.2.5 (overlijdensattestering), 4.3.4 (Child Death Onderzoek) en 4.4.3. (Child Death Review).

6.3.1 Juridische randvoorwaarden

- 6.3.1.1 Verwijzend naar het verplicht overleg met een tweede arts, met forensische opleiding, impliceert dit het invoeren van een nieuw overlijdensattest dat bij natuurlijke en onbekende overlijdens door beide artsen ondertekend wordt. Bij een overduidelijk niet-natuurlijk overlijden is een overleg met een tweede arts niet noodzakelijk. Dan dient de procureur onmiddellijk gecontacteerd te worden zodat een klassiek justitieel onderzoek kan opgestart worden dat uiteraard volledig geheim is.
- 6.3.1.2 Verwijzend naar de huidige wet van 26 maart 2003, die gericht is op het uitvoeren van een autopsie bij kinderen onder de achttien maanden, zijn we van mening dat deze regelgeving moet aangepast worden. We pleiten voor een verruiming van deze wet naar alle onbekende overlijdens van minderjarigen. De huidige wiegendoodconventie moet aldus uitgebreid worden tot een minderjarigenconventie. Hierbij aansluitend impliceert dit het invoeren van een minderjarigenprotocol waarbij een grondige multidisciplinaire analyse van elke onbekend overlijden onder de achttien jaar plaatsvindt door een multidisciplinair team dat de nodige expertise heeft.
- 6.3.1.3 Voor het uitvoeren van een Child Death Review moet een nationaal coördinerend orgaan evenals lokale CDR teams en een Vlaamse CDR team opgericht worden. De bevoegdheden van deze organen moeten per wet vastgelegd worden zodat zij alle nodige informatie voor het uitvoeren van een kwalitatieve CDR ter beschikking kunnen krijgen. Tevens moeten alle betrokken actoren een discretieclausule ondertekenen. Hierbij aansluitend moeten uiteraard de nodige maatregelen genomen worden voor een kwalitatieve, goed gestructureerde databank. Verwijzend naar de multidisciplinaire aanpak in het kader van een Child Death Review, moet voorzien worden dat de data naar aanleiding van een justitieel onderzoek ook voor het CDR team beschikbaar zijn. De data moeten daarom vrijgegeven worden op het moment dat het gerechtelijk onderzoek volledig is afgesloten. Het CDR team zal nagaan of uit deze overlijdens lessen kunnen getrokken worden om analoge sterfgevallen in de toekomst te vermijden. Zoals reeds gemeld, is het opsporen van strafbare feiten zoals kindermishandeling een belangrijk aspect, maar een bredere aanpak en analyse van alle niet-natuurlijke sterfgevallen is aangewezen.

6.3.2 Andere kritische randvoorwaarden

- 6.3.2.1 Vooreerst is het zeer belangrijk dat een breed draagvlak gecreëerd wordt voor de vernieuwde aanpak van overlijdens van minderjarigen. Alle actoren die hierin betrokken zijn, moeten gesensibiliseerd worden om elk vanuit hun werkveld en expertise te werken aan het beoogde maatschappelijk doel: het reduceren van het aantal sterfgevallen bij minderjarigen. Verwijzend naar het drieluik van aanpak (medisch, justitieel en sociaal) moeten alle beroepsgroepen gesensibiliseerd worden. Allereerst moeten de artsen die het overlijden vaststellen vertrouwd raken met het principe van een overleg met een tweede arts. Tevens moet een grondig overleg plaatsvinden met de parketten, de medewerkers van de politie (onder andere afstappingsofficier, slachtofferbejegenaar,...) en alle zorgverleners (behandelende artsen, andere hulpverleners bv. VK). Zo kan een vlotte multidisciplinaire samenwerking uitgebouwd worden, met een goede organisatie van het minderjarigenprotocol tot gevolg.

Hierbij aansluitend moet opgemerkt worden dat vanuit de praktijk blijkt dat er een verschil in aanpak is tussen de verschillende parketten en hun politiediensten, maar ook tussen verschillende (universitaire) ziekenhuizen. Daarom is het belangrijk om een opleiding te geven aangaande een uniforme en gestructureerde aanpak die voor alle gerechtelijke arrondissementen en provincies zal moeten toegepast worden. Hierbij aansluitend zal ook het advies bij de Orde van Geneesheren omtrent de vernieuwde aanpak gevraagd worden.

- 6.3.2.2 Tevens moeten er middelen voorzien worden voor de financiering van de multidisciplinaire aanpak. Een exacte raming hiervan is momenteel niet mogelijk en zal aan de hand van een pilootproject moeten worden nagegaan. Hierbij aansluitend, vermits bij alle onbekende en natuurlijke overlijdens van minderjarigen een overleg met een tweede forensisch opgeleide arts moet plaatsvinden, zullen in de toekomst meer middelen moeten vrijgemaakt worden voor de opleiding van geneesheer-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde vermits er een nijpend tekort is aan deze artsen. Tevens zullen middelen moeten voorzien worden voor de oprichting van kwalitatieve multidisciplinaire teams. Het is immers belangrijk om actoren te voorzien die de nodige expertise hebben in deze specifieke materie (zowel voor Child Death Onderzoek als voor Child Death Review).
- 6.3.2.3 Vermits de bovenvermelde randvoorwaarden nog moeten getoetst worden in de praktijk, lijkt het opstarten van een pilootproject noodzakelijk om na te gaan wat de praktische haalbaarheid van de bovenbeschreven veranderingen is. In dit pilootproject zullen de knelpunten in kaart worden gebracht en kan het voorstel van aanpak bijgestuurd worden.

Bibliografie

- Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. (2010a). *Overlijdens naar oorspronkelijke doodsoorzakengroep, geslacht en leeftijdsgroep. België, 2009 - vervolg en einde*. Brussel: Retrieved from http://statbel.fgov.be/nl/binaries/NL%20-%20Tableau%201.3_T_pdf_tcm325-210617.pdf.
- Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. (2010b). *Overlijdens van kinderen van minder dan 5 jaar naar oorspronkelijke doodsoorzakengroep, geslacht en levensduur. België, 2009*. Brussel: Retrieved from http://statbel.fgov.be/nl/binaries/NL%20-%20Tableau%202.3_T_pdf_tcm325-210638.pdf.
- Arrondissementele raad Kindermishandeling. (2013). *Huishoudelijk reglement Arrondissementele raad Kindermishandeling*.
- Australian Bureau of Statistics. (2003). *Multiple Cause of Death Analysis, 1997-2001*. Canberra.
- Axford, N., & Bullock, R. (2005). *Child death and significant case reviews: International approaches. Report to the Scottish Executive*. Edinburgh: Scottish Executive Social Research
- Bajanowski, T., Vennemann, M., Bohnert, M., Rauch, E., Brinkmann, B., & Mitchell, E. A. (2005). Unnatural causes of sudden unexpected deaths initially thought to be sudden infant death syndrome. *Int J Legal Med*, 119(4), 213-216.
- Barrington, J. M. (2004). *Voice for Children*. Wellington: The Office of the Commissioner for Children in New Zealand.
- Coroners Act 2007, B.C. Reg. 298/2007, O.C. 639/2007 C.F.R. (2007).
- Bechtel, K. (2012). Sudden unexpected infant death: differentiating natural from abusive causes in the emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 28(10), 1085-1089; quiz 1090-1081.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2004). *Antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 27 juli 2004, op de vraag nr. 191 van de heer Guido De Padt van 19 mei 2004 (N.)*. (DO 2003200421527). Brussel: Kamer van volksvertegenwoordigers,.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2007). *Vraag nr. 940 van de heer Jacques Germeaux van 12 maart 2007 (N.) aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*. (DO 2006200709923). Brussel: Kamer van volksvertegenwoordigers,.

- Bellett, D., Martin, D., & Coster, G. (2013). Review of the National Mortality Review Programme. March 2013. Final Report. In Martin Jenkins and Associates Limited (Ed.), (pp. 48). Wellington.
- Betz, P., Hausmann, R., & Eisenmenger, W. (1998). A contribution to a possible differentiation between SIDS and asphyxiation. *Forensic Sci Int*, 91(2), 147-152.
- Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., & Duijst, W. (2013). Ophelderen en leren van sterfgevallen van kinderen. In E. M. van de Putte, I. M. A. Lukkassen, I. M. B. Russel & A. H. Teeuw (Eds.), *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 363-373). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- British Medical Association Wales. (2009). The child death review process in Wales: roles and responsibilities for GPs.
- Brixey, S. N., Kopp, B. C., Schlotthauer, A. E., Collier, A., & Corden, T. E. (2011). Use of child death review to inform sudden unexplained infant deaths occurring in a large urban setting. *Inj Prev*, 17 Suppl 1, i23-27.
- Brookman, F., & Nolan, J. (2006). The dark figure of infanticide in England and Wales: complexities of diagnosis. *J Interpers Violence*, 21(7), 869-889.
- Wetsvoorstel tot regeling van het post-mortemonderzoek., 5 - 1540/1 C.F.R. (2012).
- Bunting, L., & Reid, C. (2005). Reviewing child deaths—learning from the American experience. *Child Abuse Review*, 14(2), 82-96.
- Busby, C. (2009). *Child Death Review Pilot Information Governance Framework*. Cardiff.
- Child and Youth Mortality Committee. (2004). First Report to the Minister of Health, 1 January 2002 to 30 June 2003. Wellington: Child and Youth Mortality Review Committee,.
- Child and Youth Mortality Review Committee. (2012). Information about child and youth mortality review. Wellington: Child and Youth Mortality Review Committee.
- Child Death Review Unit, & BC Coroners Service. (2009). Annual Report. British Columbia.
- Christian, C. W., & Sege, R. D. (2010). American Academy of Pediatrics. Policy statement--child fatality review. *Pediatrics*, 126(3), 592-596.
- Cordis Bright Ltd. (2012). *Evaluation of the child death review pilot project in Wales*. Cardiff: Welsh Government Social Research.
- Covington. (2011). The US National Child Death Review Case Reporting System. *Injury Prevention*, 17, 34-37.

- Covington, T., & Johnston, B. (2011). A Misdirected Assessment of Progress in Child Death Review. *American journal of preventive medicine*, 40(5), e31.
- Crume, T. L., DiGuseppi, C., Byers, T., Sirotiak, A. P., & Garrett, C. J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*, 110(2 Pt 1), e18.
- Das, C., & van der Wal, G. (2001). Death certification in the Netherlands: inadequate procedures for unnatural death, found corpses and deaths of persons with unknown identity. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145(37), 1806-1810.
- De Wilde, B. (2013). *Het forensisch onderzoek naar het onverwacht overlijden van een kind onder de achttien maanden.*, Universiteit Gent, Gent.
- Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2012). *Uitwerking theoretisch kader en draaiboek Pilootproject Antwerpen "Protocol van Moed": Een experiment inzake het spreekrecht en het casegebonden overleg bij situaties van kindermishandeling.*
- Department for Children, S. a. F. (2009). *Statistical release. Preventable child deaths in England: Year ending 31 March 2009.* London: Department for Children, Schools and Families,.
- Department for Education. (2012). Reviewing child deaths: Advanced training for rapid response teams. from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130802215752/http://www.education.gov.uk/childrenandyoungpeople/safeguardingchildren/childdeathreview/a0069269/reviewing-child-deaths-advanced-training-for-rapid-response-teams>
- Department for Education. (2013a). Child death reviews. *Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children.* United Kingdom: HM Government.
- Department for Education. (2013b). *Statistical release. Child death reviews: year ending 31 March 2013.* (SFR 26/2013). London: Department for Education,.
- Department for Education. (2014). Child death data collection. from <https://www.education.gov.uk/researchandstatistics/stats/b00231577/child-death-data-collection>
- Descendre, R. Tussenkomsten in het kader van significante misdrijven en verdachte overlijdens. Rol van de interventiedienst en de introductie van de verkenner/coördinator. Gent: PZ Gent, Directie Operaties.
- Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid (DSB). (X.). Kindermishandeling. from http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=148&Itemid=217&lang=duch

- Douglas, E. M., & Cunningham, J. M. (2008). Recommendations from child fatality review teams: results of a US nationwide exploratory study concerning maltreatment fatalities and social service delivery. *Child Abuse Review*, 17(5), 331-351.
- Elliot, G. A. (1975). Unexpected natural death of iatrogenic origin. *Forensic Sci*, 5(1), 21-31.
- Engelberts, A. C. (2013). Natuurlijke en niet-natuurlijke oorzaken van kindersterfte. In E. M. van de Putte, I. M. A. Lukkassen, I. M. B. Russel & A. H. Teeuw (Eds.), *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 349-362). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Federale Overheidsdienst Justitie. (2013). Hervorming justitie. from http://justitie.belgium.be/nl/rechterlijke_orde/hervorming_justitie/
- Federale Staat, & Vlaamse Gemeenschap. (2011). *Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap tot oprichting van een Vlaams Forum Kindermishandelin*. Brussel.
- Federale Staat, & Vlaamse Gemeenschap. (2013). *Huishoudelijk reglement Vlaams Forum Kindermishandeling*.
- Fleming, P. J., & Blair, P. (2000). Thermal environment and the risk of sudden infant death: epidemiology and developmental physiology. *Ambulatory Child Health*, 6(s1), 26-.
- Fleming, P. J., Blair, P. S., Sidebotham, P. D., & Hayler, T. (2004). Investigating sudden unexpected deaths in infancy and childhood and caring for bereaved families: an integrated multiagency approach. *Bmj*, 328(7435), 331-334.
- FOD Economie, K. M. O., Middenstand en Energie, . (2013). Bevolking - Doodsoorzaken 1998-2010.: Belgian Federal Government.
- FOD Justitie, & Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2010). *Protocol Kindermishandeling Justitie-Welzijn*. Antwerpen: FOD Justitie, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Forensisch Medische Associatie Twente. (2014). Het fiasco van de NODO-procedure. from <http://www.fomat.nl/NODO-procedure.html>
- Wetsvoorstel tot regeling van het post-mortemonderzoek;, 3-1079/1 C.F.R. (2005).
- Hauck, F. R., & Tanabe, K. O. (2010). International Trends in Sudden Infant Death Syndrome and Other Sudden Unexpected Deaths in Infancy: Need for Better Diagnostic Standardization. *Current Pediatric Reviews*, 6(1), 95-101.
- Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2012b). About us. Retrieved 03/12/2013, from <http://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/mrc/cymrc/about-us/>
- Health Quality and Safety Commission. (2014). *Draft Prosecution Policy: Proposed for approval by the Board in February 2014.*: Retrieved from

<https://www.hqsc.govt.nz/assets/Mortality-Review/prosecution-policy-draft-for-approval-Nov-2013.pdf>.

- HMSO. (2003). *Death certification and investigation in England, Wales and Northern Ireland: result of a fundamental review 2003*. (Cm 5831). Norwich.
- Hochstadt, N. J. (2006). Child death review teams: a vital component of child protection. *Child Welfare*, 85(4), 653-670.
- Hoge Gezondheidsraad afdeling V. (2001). *Aanbevelingen i.v.m. de lijkbezorging (HGR N° 5110)*. Brussel.
- Howatson, A. G. (2006). The autopsy for sudden unexpected death in infancy. *Current diagnostic pathology*, 12(3), 173-183.
- Humphreys, C., Greenacre, J., & Heatman, B. (2013). *Child Death Review Programme Terms of Reference*.
- Humphreys, C., Price, L., & Heatman, B. (2013). *Child Death Review Programme Annual Report - July 2013*. Wales: Public Health Wales NHS Trust.
- Interreg Deutschland Nederland. (X.). Grensregio's bouwen aan Europa., from <https://www.deutschland-nederland.eu/projecten/?L=2>
- Jenny, C., & Isaac, R. (2006). The relation between child death and child maltreatment. *Arch Dis Child*, 91(3), 265-269.
- Johnson, M. (2004). Preventing Child Deaths: Lessons Learned from Child Fatality Review. *The Link*, 13(1), 1-8.
- Johnston, B. D., Bennett, E., Pilkey, D., Wirtz, S. J., & Quan, L. (2011). Collaborative process improvement to enhance injury prevention in child death review. *Inj Prev*, 17 Suppl 1, i71-76.
- Karst, W. (2014). *Nader Onderzoek Doodsoorzaken (NODO) bij minderjarigen*. Paper presented at the Stuurgroepvergadering 14 januari 2014, Brussel.
- Keleher, N., & Arledge, D. N. (2011). Role of a child death review team in a small rural county in California. *Inj Prev*, 17 Suppl 1, i19-22.
- Kind & Gezin. (2011). *Het kind in Vlaanderen 2011* (pp. 224). Brussel: Kind & Gezin.
- Knight, B. (1997). *Simpson's Forensic Medicine*. London: Arnold.
- Knoeff-Gijzen, S. (2013). *Samenvatting projectplan SERRAFIM 2009-2013*. Twente: Universiteit Twente.
- Knoeff-Gijzen, S., & Kienhuis-Heerink, S. (2009). Kindersterfte in Nederland in de afgelopen decennia. *JGZ*, 41(1), 2-9.

- Kurinczuk, J. J., & Knight, M. (2013). *Child death reviews: improving the use of evidence. Research Report October 2013.* (DFE- RR303). Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Kuyvenhoven, M. M., Hekkink, C. F., & Voorn, T. B. (1998). Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 142, 2515-2518.
- Labbé, J. (2005). Comité multidisciplinaire d'examen de décès d'enfants. Expérience de Québec. *Arch Pediatr*, 12(6), 666-668.
- Lamont, A. (2010). Child deaths from abuse and neglect in Australia.: Commonwealth of Australia.
- Legislative Council and the Legislative Assembly of New South Wales. (2011). *Community Services (Complaints, Reviews and Monitoring) Act 1993 No 2.*
- Lokale Politie Gent. Project onderzoeken in het kader van overlijdens. Gent: PZ Gent, Directie Operaties.
- LWW. (2011). Richtlijn: Handelingsprotocol na wiegendood. Utrecht: Landelijke Werkgroep Wiegendood.
- Maclaughlan, J., & Wells, C. (2012). *Death Certification Reform: A Case Study on the Potential Impact on Mortality Statistics, England and Wales.* Newport: Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/217021/dcp171778_288141.pdf.
- Mazzola, F., Mohiddin, A., Ward, M., & Holdsworth, G. (2013). How useful are child death reviews: a local area's perspective. *BMC Research Notes*, 6(1), 295.
- Michigan Child Death State Advisory Team. (2011). Tenth Annual Report: A report on reviews conducted in 2011. Michigan: Department of Human Services.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. (2002). *Besluit van de Vlaamse regering betreffende erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling.* Brussel.
- Ministerie van Economische Zaken. (2000). *Ministerieel besluit tot wijziging van de bijlagen bij het koninklijk besluit van 17 juni 1999 waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven.* (2000011364). Brussel.
- New Zealand Public Health and Disability Act 2000. (2013).

- MPHI-CCFH. (X.-a). The Child Death Review Team Process. Retrieved 25 maart, 2014, from http://www.keepingkidsalive.org/tools/process/Review_Process_flow_chart.pdf
- MPHI-CCFH. (X.-b). The Purpose of CDR. Retrieved 25 maart, 2014, from <http://www.keepingkidsalive.org/tools/process/purpose.html>
- MPHI-CCFH. (X.-c). Reviewable Deaths. Retrieved 25 maart, 2014, from http://www.keepingkidsalive.org/tools/protocols/reviewable_deaths.html
- MPHI-CCFH. (X.-d). State of Michigan Sudden & Unexplained Child Death Scene Investigation Form. Retrieved 25 maart, 2014, from http://www.keepingkidsalive.org/tools/death_investigation/MISceneTool.pdf
- MPHI-CCFH. (X.-e). State Support. Retrieved 25 maart, 2014, from http://www.keepingkidsalive.org/tools/protocols/state_support.html
- National Center for Child Death Review Policy and Practice. (2005a). Child Death Review Process., from <http://www.childdeathreview.org/preventing.htm>
- National Center for Child Death Review Policy and Practice. (2005b). National MCH Center for Child Death Review: Keeping kids alive., from <http://www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm>
- Naughton, A. (2006). *Sudden Unexpected Deaths in Infants and children (SUDI): Best Practice Multi-Agency Protocol for Care and Investigation in Wales.*: National Public Health Service for Wales.
- Naughton, A., & Wood, L. (2010). *Procedural Response to Unexpected Deaths in Childhood (PRUDiC)*. Cardiff: Public Health Wales.
- NODO-Commissie. (2006). *Procedure Nader Onderzoek Doodsoorzaak bij Onverklaard Overlijden van Minderjarigen*. Den Haag.
- NODO-Commissie. (2012). *NODO-procedure: de praktische uitwerking*. Den Haag.
- NSW Child Death Review Team. (2005). *Sudden Unexpected Deaths in Infancy: the New South Wales Experience*. Report written for the NSW Child Death Review Team by the Commission for Children and Young People. Sydney: NSW Commission for Children and Young People, NSW Child Death Review Team.
- NSW Child Death Review Team. (2011). *Annual Report 2011*. Sydney: NSW Ombudsman.
- NSW Child Death Review Team, & NSW Ombudsman. (2012). *NSW Child Death Review Team: Annual Report 2011*. Sydney: NSW Ombudsman,.
- NSW Government. (2011). *Child Deaths 2010: Annual Report: Learning to improve services*. Ashfield.

- Children Legislation Amendment (Child Death Review Team) Act 2011 No 60 (2011).
- NSW Ombudsman. (2011). *NSW Child Death Review Team: annual report 2011*. Sydney: NSW Government Publication.
- Ofsted. (2008). Learning lessons, taking action: Ofsted's evaluations of Serious Case Reviews 1 April 2007 to 31 March 2008. (pp. 49). London: The Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted).
- Ornstein, A., Bowes, M., Shouldice, M., & Yanchar, N. L. (2013). The importance of child and youth death review. *Paediatr Child Health*, 18(8), 425-428.
- Parks, S. E., Mirchandani, G., Rodriguez, S., & Hellsten, J. (2011). History of maltreatment among unintentional injury deaths: analyses of Texas child fatality review data, 2005-2007. *Inj Prev*, 17 Suppl 1, i14-18.
- Pearson, G. (2008). Why Children Die: A Pilot Study 2006; England (South West, North East and West Midlands), Wales and Northern Ireland. London: CEMACH.
- Piette, M., & De Letter, E. (2013). *Leidraad gerechtelijke geneeskunde*. Antwerpen: Maklu.
- Politieacademie. (2014). NODO-procedure stopt. *Blauw*, 1, 6.
- Pollack, D. (2009). International Legal Note: Child fatality review teams and the role of social workers: An international perspective. *International Social Work*, 52(2), 247-253.
- PwC. (2013). *NODO-evaluatieonderzoek. Onderzoek naar de effectiviteit van de NODO-procedure in het achterhalen van de aard van het onverwacht en onverklaard overlijden van minderjarigen in Nederland*. (2013-1376/GA/avd/nh). Amsterdam.
- Quan, L., Pilkey, D., Gomez, A., & Bennett, E. (2011). Analysis of paediatric drowning deaths in Washington State using the child death review (CDR) for surveillance: what CDR does and does not tell us about lethal drowning injury. *Injury Prevention*, 17(Suppl 1), i28-i33.
- Safeguarding Children Board. (2013). Unexpected Child Deaths - Sheffield Rapid Response Team. from http://sheffieldscb.proceduresonline.com/chapters/p_rapid_response_team.html#four_three
- Schnitzer, P. G., Covington, T. M., Wirtz, S. J., Verhoek-Oftedahl, W., & Palusci, V. J. (2008). Public health surveillance of fatal child maltreatment: analysis of 3 state programs. *Am J Public Health*, 98(2), 296-303.
- Shannon, G., & Gibbons, N. (2012). Report of the independent child death review group. Dublin: Department of Children and Youth Affairs.

- Shapiro-Mendoza, C. K., Camperlengo, L. T., Kim, S. Y., & Covington, T. (2012). The sudden unexpected infant death case registry: a method to improve surveillance. *Pediatrics*, 129(2), e486-493.
- Sidebotham, P. (2012). What do serious case reviews achieve? *Archives of Disease in Childhood*, 97(3), 189-192.
- Sidebotham, P., Fox, J., Horwath, J., & Powell, C. (2011). Developing effective child death review: a study of 'early starter' child death overview panels in England. *Injury Prevention*, 17(Suppl I), i55-i63.
- Sidebotham, P., & Pearson, G. (2009). Childhood deaths: how to respond and what we can learn. *British Medical Journal*, 338, 574-576.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London, Thousand Oaks: Sage.
- Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). (2013a). Multi-agency child practice reviews in Cymru/Wales. NSPCC factsheet., from http://www.nspcc.org.uk/inform/resourcesforprofessionals/scrs/england_wda87349.html
- Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). (2013b). Serious case reviews (SCRs) in England. NSPCC factsheet., from http://www.nspcc.org.uk/inform/resourcesforprofessionals/scrs/england_wda87349.html
- Soerdjbalie-Maikoe, V. (2013). Gerechtelijke sectie op minderjarigen. In E. M. van de Putte, I. M. A. Lukkassen, I. M. B. Russel & A. H. Teeuw (Eds.), *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 375-386). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Statistics Belgium. (2013a). Aangifteformulieren geboortes en overlijdens., from <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/gegevensinzameling/aangifteformulieren/>
- Statistics Belgium. (2013b). Doodsoorzaken. from http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/oorzaken/
- Taylor, W. (2006). Child death and critical injury review. British Columbia: BC Children and Youth Review.
- Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. (2009). Statistiek van de doodsoorzaken Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning.
- Teeven, F. (2012). *Nader Onderzoek DoodsOorzaak minderjarigen*. (298098). Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

- The Royal College of Pathologists, & The Royal College of Paediatrics and Child Health. (2004). *Sudden unexpected death in infancy. A multi-agency protocol for care and investigation. The report of a working group convened by The Royal College of Pathologists and The Royal College of Paediatrics and Child Health*. London: The Royal College of Pathologists and The Royal College of Paediatrics and Child Health.
- The Local Safeguarding Children Boards Regulations 2006, No. 90 C.F.R. (2006).
- Twente, U. (2010). UT brengt kindersterfte in Oost-Nederland in kaart., from http://www.utwente.nl/alumni/faculteiten/mb/newsmb/archief/archief_2010/preventie_kindersterfte/
- Van de Voorde, W. (2010). *Handboek Forensische Geneeskunde*. Brugge: Die Keure.
- Vincent, S. (2013). Child Death Review Processes: A Six-Country Comparison. *Child Abuse Review*, n/a-n/a.
- Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2007a). Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 4 van de wet van 26 maart 2003 houdende regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden. *Belgisch Staatsblad*.
- Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2007b). Koninklijk Besluit tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de wet van 26 maart 2003 houdende de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden. *Belgisch Staatsblad*.
- Voorzitters overleg arrondissementele raden kindermishandeling. (2013). *Huishoudelijk reglement Voorzitters overleg arrondissementele raden kindermishandeling*.
- Weber, M., & Sebire, N. (2011). Post-mortem Investigation of Sudden Unexpected Death in Infancy: Role of Autopsy in Classification of Death. In E. E. Turk (Ed.), *Forensic Pathology Reviews* (Vol. 6, pp. 27-46): Humana Press.
- Weber, M. A., & Sebire, N. J. (2009). Postmortem investigation of sudden unexpected death in infancy: current issues and autopsy protocol. *Diagnostic Histopathology*, 15(11), 510-523.
- Webster, R. A., Schnitzer, P. G., Jenny, C., Ewigman, B. G., & Alario, A. J. (2003). Child death review: The state of the nation. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 58-64.
- Weindling, A. M. (2003). The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). *Archives of Disease in Childhood*, 88(12), 1034-1037.
- Welch, G. L., & Bonner, B. L. (2013). Fatal child neglect: characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse Negl*, 37(10), 745-752.

Wirtz, S. J., Foster, V., & Lenart, G. A. (2011). Assessing and improving child death review team recommendations. *Inj Prev*, 17 Suppl 1, i64-70.

Bijlagen

Bijlage 1: Bestek IJH 2013 DEP 05

Vlaamse overheid



Vlaamse Gemeenschap

Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Afdeling Beleidsontwikkeling

**Onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking
van diensten**

BESTEK

Bestek nr. IJH 2013 DEP 05

Child Death Reviews: voorstel van aanpak in Vlaanderen

Uiterste datum van ontvangst offertes:

op 15 oktober 2013 om 10 u

I. ALGEMENE BEPALINGEN

I.1. AANBESTEDENDE OVERHEID

1. Deze opdracht wordt uitgeschreven door de Vlaamse Gemeenschap, vertegenwoordigd door de Vlaamse Regering, bij delegatie, in de persoon van de heer Marc Morris, secretaris-generaal van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
2. Volgende administratieve entiteit is belast met de opvolging van deze opdracht:

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Beleidsontwikkeling
Koning Albert II-laan 35 Bus 30
1030 Brussel

Alle briefwisseling m.b.t. deze opdracht moet naar die entiteit worden gestuurd, behoudens toepassing van punt 3 hierna.

3. Ieder deurwaardersexploot bestemd voor de aanbestedende overheid moet worden betekend aan de Kanselarij van de Voorzitter van de Vlaamse Regering, Koolstraat 35 in 1000 Brussel.
Het is daarbij onverschillig of het gaat om de betekening van een dagvaarding, gerechtelijke uitspraak, overdracht van schuldvordering of een ander exploot.
Hetzelfde adres geldt ook voor de aangetekende brief waarbij een schuldvordering wordt overgedragen of in pand gegeven.

I.2. VOORWERP EN CLASSIFICATIE OPDRACHT

De voorliggende opdracht behelst het uitwerken van een voorstel van aanpak om te komen tot een relevante en efficiënte praktijk van Child Death Reviews in Vlaanderen.

Meer concreet wordt een tweeledig onderzoeksresultaat verwacht:

- enerzijds een beschrijving, op basis van literatuuronderzoek, van de Child Death Review-praktijk in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Nederland en Duitsland, waaruit aanbevelingen en adviezen worden gedistilleerd voor een model van aanpak in Vlaanderen; bijkomende landen mogen in het onderzoek worden betrokken als dat inhoudelijk relevant is en wanneer het past binnen de vooropgestelde onderzoeksduur;
- anderzijds een inventaris, aangepast aan de Vlaamse context van juridische en eventuele andere kritische randvoorwaarden die moeten vervuld zijn om daadwerkelijk te kunnen overgaan tot het voorgestelde model van aanpak in Vlaanderen.

Deze opdracht is een opdracht voor diensten in de zin van art. 3 van de Wet overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten van 15 juni 2006 en heeft als CPV-classificatie 73110000-6 (uitvoeren van onderzoek).

II. ADMINISTRatieve VOORSCHRIFTEN

A. PLAATSING VAN DE OPDRACHT

A.1. RSZ-VERPLICHTINGEN (ART. 61, §1 & §2,5° EN 62 KB PLAATSING)

Door in te schrijven op deze opdracht, verklaart de inschrijver zich niet in een toestand van uitsluiting te bevinden, zoals bedoeld in art. 61, §1 & §2,5°.

Voor de Belgische inschrijver vraagt de aanbestedende overheid het RSZ-atteest via elektronische weg op conform art. 60, §1.

De buitenlandse inschrijver, alsook de Belgische inschrijver die personeel tewerkstelt dat onderworpen is aan de sociale zekerheidswetgeving van een andere lidstaat van de Europese Unie, voegt bij zijn offerte een attest of een verklaring volgens de bepalingen van art. 62, §2.

A.2. MODALITEITEN

A.2.1. VARIANTEN (ART. 9 KB PLAATSING)

Het indienen van vrije varianten is verboden.

A.2.2. OPTIES (ART. 10 KB PLAATSING)

Het indienen van vrije opties is verboden.

A.3. OFFERTE – OPENING, INDIENING, VORM EN INHOUD

A.3.1. OPENING EN INDIENING VAN DE OFFERTES

De datum van ontvangst van de offertes is 15 oktober 2013 om 10 uur.

De offertes worden overgelegd via e-mail op volgend e-mailadres:
carine.dewilde@wvg.vlaanderen.be, met cc aan
patrick.bedert@wvg.vlaanderen.be.

De aandacht van de inschrijvers wordt erop gevestigd dat de aanbestedende overheid veel belang hecht aan de correcte ondertekening van de offertes en dus zal nagaan op basis van onder meer de statuten en benoemingsbesluiten of de fysieke personen die de offerte hebben ondertekend, de bevoegdheid hadden om een contract van deze omvang af te sluiten. Het ondertekenen van de offerte kan enkel als daad van dagelijks bestuur worden beschouwd als dit ook uit de statuten blijkt. Indien een gevolmachtigde (voor een natuurlijk persoon) ondertekent, wordt op het offerteformulier duidelijk de volmachtgever vermeld voor wie wordt gehandeld. Alle documenten die een correcte ondertekening ondersteunen, moeten worden aangeleverd aan de aanbestedende overheid.

Bijvoorbeeld:

- Wanneer een inschrijving door een gevolmachtigde wordt ingediend, kunnen volgende documenten bij de inschrijving worden gevoegd:
 - De authentieke of onderhandse akte waarbij de machtiging aan de gemachtigde wordt verleend.
 - Een kopie van het oorspronkelijke stuk.
 - Een kopie van de bijlage van het Belgisch Staatsblad waarin de bevoegdheden van de gevolmachtigde werden gepubliceerd.
 - Statuten van de organisatie.
- Wanneer een inschrijving door een rechtspersoon wordt ondertekend, kunnen volgende stukken bij de inschrijving worden gevoegd waaruit de bevoegdheid van de ondertekenaars (fysische personen) blijkt:
 - Een kopie van het afschrift van de statuten.
 - Benoemingsbesluiten.
 - Volmachten.

A.3.2. VORM EN INHOUD OFFERTE

De aandacht van de inschrijver wordt erop gevestigd dat hij zijn offerte moet invullen op het bij dit bestek behorende formulier.

Hierna volgt een niet-limitatief overzicht van alle bij de offerte te voegen documenten:

- het offerteformulier
- de documenten die de correcte ondertekening van het offerteformulier ondersteunen (zie punt A.3.1)
- de documenten gevraagd in het kader van de gunningscriteria (zie punt A.4.1);
 - de cv's en referenties van de teamleden die deze opdracht zullen uitvoeren waaruit hun aangetoonde deskundigheid en ervaring m.b.t. het onderzoeksthema blijkt; Er moet ook een overzicht met de voorgestelde teamleden en hun taken in het licht van de opdracht worden bijgevoegd.
 - een beschrijving van de opgegeven te verkennen landen en bronnen;
 - de lijst met de voorgestelde samenstelling van de stuurgroep;
 - de aanduiding van de looptijd van de opdracht
 - de kostprijs inclusief BTW

A.3.3. VOORDRACHT VAN ONDERAANNEMERS (ART. 12 KB PLAATSING EN ART. 12 KB UITVOERING)

De inschrijver vermeldt welk gedeelte van de opdracht hij voornemens is in onderaanneming te geven en de identiteit van de onderaannemers die hij voorstelt.

De opdrachtnemer is verplicht deze voorgedragen onderaannemers in te zetten bij de uitvoering van de opdracht. Het gebruik van andere onderaannemers is onderworpen aan de voorafgaande toestemming van de aanbestedende overheid.

A.3.4. VERBINTENISTERMIJN (ART. 57 KB PLAATSING)

De inschrijvers blijven gebonden door hun offerte tot en met 31 maart 2014.

A.4. PRIJS**A.4.1. PRIJSVASTSTELLING (ART. 13 KB PLAATSING)**

Deze opdracht is een opdracht tegen globale prijs. Dit is een opdracht waarvoor een forfaitaire prijs het geheel van de prestaties dekt of die uitsluitend forfaitaire posten omvat.

A.4.2. PRIJSOPGAVE (ART. 16 KB PLAATSING)

- a) Indien zulks voor de nauwkeurigheid van de eenheidsprijzen vereist is, mag de inschrijver die tot vier decimalen preciseren.
- b) De inschrijver vermeldt de belasting over de toegevoegde waarde (BTW) in een afzonderlijke post en voegt ze bij de prijs van de offerte.

A.4.3. INBEGREPEN PRIJSELEMENTEN (ART. 19, §3 KB PLAATSING)

De globale prijs omvat alle kosten, onder andere personeelskosten, werkingskosten, eventuele overheadkosten, verplaatsingskosten, vergoedingen deskundigen voor deelname aan de stuuroep,....

A.4.4. PRIJSHERZIENING (ART. 20 KB PLAATSING)

Deze opdracht is niet aan prijsherziening onderhevig.

A.4.5. PRIJSONDERZOEK (ART. 21 KB PLAATSING)

Op verzoek van de aanbestedende overheid verstrekt de inschrijver alle nodige inlichtingen om het prijsonderzoek van zijn offerte mogelijk te maken. De aanbestedende overheid kan ofwel zelf overgaan tot, ofwel een persoon aanduiden voor het uitvoeren van alle verificaties van de boekhoudkundige stukken en alle onderzoeken ter plaatse, teneinde de juistheid na te gaan van de gegevens die de inschrijver in het raam van het prijsonderzoek heeft verstrekt.

A.5. GUNNINGSCRITERIA**A.5.1. ONDERHANDELINGSPROCEDURE – GUNNINGSCRITERIA (ART. 107 KB PLAATSING)**

De gunningscriteria, in volgorde van afnemend belang zijn

- De kwaliteit van het team dat deze opdracht zal uitvoeren.

Dit criterium wordt beoordeeld aan de hand van de aangetoonde deskundigheid en ervaring m.b.t. het onderzoeksthema door het aanleveren van cv's en referenties van de teamleden die deze opdracht zullen uitvoeren.

Dit gunningscriterium wordt opgesteld omdat de aard van de opdracht specifieke competenties vereist, waarbij de kwaliteit van het ingezette team een bijzonder belang vertoont bij de uitvoering van de opdracht.

- De relevantie van de opgegeven te verkennen landen en bronnen
- De multidisciplinaire relevantie van de voorgestelde samenstelling van de stuurgroep.
- De looptijd van de opdracht.
- De kostprijs inclusief BTW.

B. UITVOERING VAN DE OPDRACHT

B.1. ALGEMENE UITVOERINGSBEPALINGEN

B.1.1. UITVOERINGSTERMIJN (ART. 147 KB UITVOERING)

De opdracht start de dag na de betekening van de sluiting van de opdracht aan de opdrachtnemer. De opdracht wordt uitgevoerd conform de offerte van de opdrachtnemer en mag maximaal 4 maanden belopen..

B.1.2. LEIDING EN TOEZICHT OP UITVOERING (ART. 11 KB UITVOERING)

Het mandaat van de leidende ambtenaar bestaat enkel uit:

- a) de technische en administratieve opvolging van de diensten tot en met de oplevering;
- b) de keuring van de prestaties, zowel de a priori als de a posteriori keuring;
- c) het nazicht van de schuldvorderingen en facturen;
- d) het opstellen van de processen-verbaal;
- e) de opleveringen;
- f) het instaan voor het toezicht op de prestaties; dit toezicht omvat onder meer het geven van onderrichtingen, telkens wanneer het bestek of de opdrachtdocumenten onvolledig of onduidelijk zijn.

B.1.3. BORGTOCHT (ART. 25 TOT EN MET 33 KB UITVOERING)

- a) Het bedrag van de borgtocht bedraagt 5% van het totale offertebedrag zonder BTW.
- b) De borgstelling dient te gebeuren binnen 30 kalenderdagen volgend op de dag van de sluiting van de opdracht. Bij niet-naleving stelt de aanbestedende overheid de opdrachtnemer in gebreke en past de sancties van art. 29 KB Uitvoering toe.

B.3. INTELLECTUELE RECHTEN EN VERTROUWELIJKHEID

B.3.1. INTELLECTUELE RECHTEN EN KNOWHOW (ART. 19 EN 20 KB UITVOERING)

De aanbestedende overheid wordt eigenaar van de afgeleverde eindproducten en verwerft hiermee de rechten voor het gebruik voor alle doeleinden, zowel commercieel als niet-commercieel.

B.3.2. BESTAANDE INTELLECTUELE EIGENDOMSRECHTEN (ART. 17 KB PLAATSING)

De inschrijver is verplicht in zijn offerte aan te geven welke intellectuele eigendomsrechten, waarvan hij titularis is of waarvoor hij van een derde een gebruikslicentie moet verkrijgen, nodig zijn voor het geheel of een deel van de uit te voeren prestaties.

De aankoopprijs en de verschuldigde vergoedingen voor de gebruikslicenties van deze intellectuele eigendomsrechten moeten inbegrepen zijn in de geboden prijzen.

B.3.3. VERTROUWELIJKHEID (ART. 18 KB UITVOERING)

De informatie die de aanbestedende overheid in het raam van de gunning en uitvoering van deze opdracht ter beschikking stelt, mag niet voor andere doeleinden worden aangewend, noch aan derden worden meegedeeld.

De opdrachtnemer dient alle maatregelen te treffen om het confidentiële karakter van de beschikbaar gestelde informatie, de gegevens en de onderzoeksresultaten te doen bewaren door hemzelf en door eenieder die er toegang toe heeft.

De opdrachtnemer dient in zijn contracten met de onderaannemers eveneens deze verplichtingen inzake vertrouwelijkheid over te nemen.

B.4. SANCTIES EN RECHTSVORDERINGEN

B.4.1. STRAFFEN (ART. 45 KB UITVOERING)

- a) Elke gebrekkige uitvoering geeft aanleiding tot een algemene straf (behoudens de toepassing van bijzondere straffen).

Een algemene straf is eenmalig of dagelijks en het bedrag ervan wordt berekend overeenkomstig art. 45, §2, 1° en 2° van het KB Uitvoering.

- b) De aanbestedende overheid is gerechtigd de straffen zoveel malen toe te passen als:
- de inbreuk is gepleegd;
 - er werknemers zijn op wie de inbreuk is gepleegd.

De aanbestedende overheid is gerechtigd dit aantal malen ambtshalve vast te stellen, wanneer het door de schuld van de opdrachtnemer niet juist kan worden bepaald.

Bij herhaling van een bepaalde inbreuk, eventueel op een andere plaats, wordt een straf toegepast gelijk aan de betreffende straf, zoals hierboven bepaald, vermenigvuldigd met het aantal malen dat deze inbreuk werd vastgesteld.

Deze afwijking wordt gemotiveerd doordat anders geen adequate bestraffing van een recidiverende opdrachtnemer mogelijk is.

B.4.2. VERTRAGINGSBOETES (ART. 46 EN 154 KB UITVOERING)

De laattijdige uitvoering van de opdracht geeft aanleiding tot de toepassing van een vertragingsboete. Het bedrag van deze boete wordt berekend overeenkomstig art. 154, eerste alinea van het KB Uitvoering.

B.4.3. RECHTSVORDERINGEN (ART. 73 KB UITVOERING)

Elke rechtsvordering van de opdrachtnemer wordt ingesteld bij een Nederlandstalige Belgische rechtbank, behoudens ingeval van een vordering tot tussenkomst in een bestaand geding.

B.5. KEURINGEN EN OPLEVERING

B.5.1. OPLEVERING (ART. 64 EN 156 KB UITVOERING)

Er vindt één definitieve oplevering plaats.

B.5.2. KOSTEN VAN DE OPLEVERING (ART. 18 KB PLAATSING)

De kosten van de prestaties die in verband met de opleveringen worden geleverd door derden, worden ten laste van de opdrachtnemers aangerekend tegen de door deze derden gefactureerde kostprijs.

De kosten van de prestaties die de opdrachtnemer in verband met de oplevering zelf uitvoert, blijven te zijn laste.

III. TECHNISCHE VOORSCHRIFTEN

De voorliggende opdracht behelst, zoals aangegeven, het uitwerken van een voorstel van aanpak om te komen tot een relevante en efficiënte praktijk van Child Death Reviews in Vlaanderen.

Meer concreet worden twee eindproducten verwacht:

- enerzijds een beschrijving, op basis van literatuuronderzoek, van de Child Death Review-praktijk in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Nederland en Duitsland, waaruit aanbevelingen en adviezen worden gedistilleerd voor een model van aanpak in Vlaanderen; bijkomende landen mogen in het onderzoek worden betrokken als dat inhoudelijk relevant is en wanneer het past binnen de vooropgestelde onderzoeksduur;
- anderzijds een inventaris, aangepast aan de Vlaamse context van juridische en eventuele andere kritische randvoorwaarden die moeten vervuld zijn om daadwerkelijk te kunnen overgaan tot het voorgestelde model van aanpak in Vlaanderen.

De eindproducten dienen in drie exemplaren, met een inhoudstafel en in lettertype Arial 11 op papier te worden verstuurd naar Carine De Wilde, beleidsmedewerker Team Beleid, Afdeling Beleidsontwikkeling, Koning Albert II-laan 35, bus 30, 8° verdieping, 1030 Brussel. Voorts dient ook een elektronische versie te worden verstuurd naar patrick.bedert@wvg.vlaanderen.be en carine.dewilde@wvg.vlaanderen.be

Uitgangspunt voor dit onderzoek is het belang van gestructureerd onderzoek bij overlijden van kinderen. We worden immers ook in Vlaanderen en Brussel elk jaar geconfronteerd met enkele gevallen van verdacht overlijden, al dan niet ten gevolge van fatale kindermishandeling. Consistent onderzoek daarover wordt internationaal beargumenteerd vanuit preventief oogpunt: het beoogde maatschappelijk effect op termijn is het aantal sterfgevallen te reduceren door het systematisch identificeren van risicofactoren en – omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden. Daar kunnen dan aanbevelingen en methodes van preventie uit worden gedistilleerd.

Vlaanderen kent tot op vandaag geen dergelijk systematisch onderzoek. Daarom is het in dit verband opportuun minstens na te gaan of en hoe een praktijk van “Child Death Reviews” zinvol vorm zou kunnen krijgen in Vlaanderen en Brussel. Bij de uitvoering van de opdracht dient men in elk geval het nut na te gaan van systematische autopsies bij overleden kinderen in het algemeen en in situaties van wiegendood in het bijzonder.

Voor het opvolgen van deze studieopdracht richt de opdrachtnemer een stuurgroep op waarin in elk geval zijn vertegenwoordigd: de FOD binnenlandse zaken, de FOD justitie, het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en Kind en Gezin en daarnaast minstens drie deskundigen die met name m.b.t? de randvoorwaarden voor het installeren van Child Death Reviews in Vlaanderen een meerwaarde betekenen. De offerte bevat m.b.t. die deskundigen afgetoetste nominatieve voorstellen. Veranderingen van samenstelling van de stuurgroep kunnen enkel na voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de aanbestedende overheid.

De opdrachten van de stuurgroep bestaan uit: een eerste samenkomst om de aanpak en uitwerking in detail te bespreken en hierover werkafspraken te maken, met inbegrip van een timing met daarbinnen de planning van de stuurgroep-vergaderingen (maximaal 3).

Tijdens de vergaderingen van de stuurgroep wordt de voortgang van het onderzoek besproken. De finale vergadering heeft als doelstelling te komen tot een gedragen advies voor het opzetten van Child Death Reviews in Vlaanderen.

Het secretariaat en het voorzitterschap worden opgenomen door de opdrachtnemer.

De inschrijver geeft een overzicht met de voorgestelde teamleden en hun taken in het licht van de opdracht. Indien de inschrijver wordt gekozen, garandeert hij dat enkel deze teamleden voor hun vermeld gedeelte van de opdracht zullen worden ingezet. Een wijziging tijdens de uitvoering van de opdracht van een teamlid of van het gedeelte van de opdracht dat door dit teamlid zal worden uitgevoerd, kan enkel mits voorafgaande schriftelijke toestemming van de aanbestedende overheid.

Child death Review: voorstel van aanpak in Vlaanderen (Ref IJH 2013 DEP 05)

1) Situering & achtergrond

Wanneer kinderen overlijden in België, bestaat er tot op heden geen protocol van aanpak, met uitzondering van een plots en onverwacht overlijden bij een kind jonger dan 18 maand oud. In dat geval wordt de wet van 26/03/2003 ter opsporing van een eventuele wiegendood (sudden infant death syndrome, SIDS) toegepast. Voor andere omstandigheden waarin kinderen of jongeren overlijden, bestaat geen gestandaardiseerde aanpak zoals deze bv. wel voorhanden is in Nederland met de procedure Nader Onderzoek Doodsoorzaak bij onverklaard overlijden van minderjarigen, het zogenaamde NODO-protocol. Hierbij wordt in eerste instantie het onderscheid gemaakt tussen 1) doodsoorzaak bekend, natuurlijke dood; 2) doodsoorzaak wel/niet bekend, (vermoeden) niet-natuurlijke dood; 3) doodsoorzaak onbekend, (vooralsnog) onverklaarde dood. Een duidelijk “stroomdiagram” met te volgen acties in functie van de situatie werd opgesteld. Indien de NODO-procedure ingezet wordt, is er een nauwe samenwerking tussen de forensische geneesheer en een NODO-kinderarts. Bij deze procedure wordt de toestemming van de ouders gevraagd. Indien er sterke aanwijzingen zijn voor de nood van een obductie en de ouders weigeren dit, dan wordt een civiele zaak ingezet voor het verkrijgen van de toestemming voor autopsie [1].

In de USA werd in 2003 een overzicht van Child Death Review (CDR) Programs voorgesteld waaraan 50 staten deelnamen evenals het District of Columbia [2,3]. Een vergelijkende studie van deze protocollen toonde aan dat de protocollen duidelijke gelijkenissen vertoonden in doelstelling, maar zonder nationale coördinatie blijkt er een grote variatie in organisatie en aanpak waardoor dit de effectiviteit ervan kan doen afzwakken.

In 2003 werd in het Verenigd Koninkrijk the Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH) in het leven geroepen. CEMACH verving de Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI) en de Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD) waardoor niet alleen de focus lag op de perinatale problematiek, maar de volledige kindersterfte werd beschouwd [4]. Het belang van post-mortem onderzoek (inclusief enkele aanvullende diagnostische technieken zoals histologisch onderzoek) volgens een protocol in overleg met de pediatrische patholoog werd door Weber et al. benadrukt, hoewel ook in geval van een optimaal post-mortem onderzoek in ongeveer 2/3^e van de gevallen de Sudden Death in Infancy (SUDI) onverklaard blijft [5]. Een specifieke aanpak werd uitgewerkt voor kinderen tot aan de leeftijd van 18 jaar. Wanneer een kind sterft in the Local Safeguarding Children Board (LSCB) region wordt een subcommittee, het Child Death Overview Panel (CDOP) ingeschakeld en zal een child death review process opgestart worden [6].

In Nieuw-Zeeland werd op vraag van de Minister van Volksgezondheid Sudden unexpected death in infancy (SUDI) onderzocht tussen 2002 en 2008. Risicofactoren zoals slaapcondities, roken door ouders, ... werden hierbij vastgesteld [7].

In Australia gebeurt de child death review in grote lijnen naar analogie met de Verenigde Staten. Er zijn twee Child and Youth Commissions. Het National Coroners Information System (NCIS) biedt rapporten aan van het Child Death Review Team, o.a. waarin de socio-economische status beschouwd wordt als interfererende factor bij kindersterfte [8].

In Canada bleken SIDS / SUDI (48 %) en infecties (21 %) de belangrijkste doodsoorzaken van kindersterfte. Het belang van beïnvloedende risicofactoren zoals slaappositie, delen van slaappleats/bed werd herhaald, doch een genetische factor (CPT1A P479L homozygosity) - die ook van belang bleek in Alaska en Britisch Columbia – was gecorreleerd aan de onverwachte kindersterfte [9]. Côté bevestigde dat infecties de meest frequente oorzaak van SUDI zijn, hoewel metabole oorzaken en cardiovasculaire ziekten in mindere mate doch eveneens belangrijk zijn [10].

In Duitsland werd voor SIDS na een samenwerking met Europese medico-legale instituten een gestandaardiseerd protocol en aanbevelingen voor multidisciplinair onderzoek uitgewerkt [11]. Via een samenwerking tussen Nederland en Duitsland vond het INTERREG-Projektes „Plötzlicher Kindstod“ plaats. De resultaten hiervan zijn momenteel niet online beschikbaar; de resultaten hiervan werden bij de studiegroep nagevraagd.

In België is de arts die het overlijden vaststelt nog steeds de primordiale schakel: enkel wanneer er “gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begravenis of crematie” aangeduid wordt, zal dit overlijden onderzocht worden. Het gevolg hiervan is dat enkel wanneer het overduidelijk een niet-natuurlijk overlijden is, zal via de politie de magistraat met dienst gecontacteerd worden en een strafrechtelijk (voor)onderzoek bevolen worden. Bij de niet-natuurlijke overlijdens bij kinderen en jongeren (<18 jaar) is het van belang het onderscheid te maken tussen – in volgorde van waarschijnlijkheid van voorkomen – accidentele overlijdens (bv. als gevolg van een verkeersongeval, sportongeval, ongevallen thuis), criminele oorzaken (doodslag of moord) en suïcides.

Het doel van deze studie is tweeledig:

- ✓ *Eenzijds* een grondige vergelijkende literatuurstudie van de Child Death Review praktijk in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Nederland en Duitsland, waaruit aanbevelingen en adviezen worden gedistilleerd voor een model van aanpak in Vlaanderen

- ✓ *Anderzijds* – in functie van de Vlaamse context – de juridische en eventueel andere kritische randvoorwaarden te inventariseren om na te gaan of deze vervuld zijn om te kunnen overgaan tot het voorgestelde model van aanpak in Vlaanderen en Brussel.

Het beoogde maatschappelijk effect op langere termijn is het systematisch identificeren van risicofactoren en –omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden en aldus na te gaan welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden.

Tevens moet het nut nagegaan worden van het systematisch uitvoeren van autopsies bij overleden kinderen in het algemeen en in situaties van wiegendood in het bijzonder.

2) Voorstel van aanpak van het project

Deze zopas vermelde zeer boeiende onderzoeksvragen zullen onderzocht worden in een tijdspanne van 4 maand. Voor onderzoeksproject wordt volgende aanpak voorgesteld:

- Grondige literatuurstudie door een biomedicus en criminologe, die elk vanuit haar achtergrond de nodige accenten zal leggen om het beoogde perspectief te bereiken. Hierbij zal een vergelijkende analyse worden uitgevoerd van de internationaal beschikbare child death review protocollen in de USA, UK, Duitsland, Nederland, Nieuw-Zeeland, Australia en Canada met een grondige evaluatie (o.a. afweging van de voor- en nadelen) van de verschillende child death review protocollen naar de toepasbaarheid in de Belgische context, nl. in het licht van de Belgische wetgeving en maatschappelijke organisatie.
- Toetsing en nagaan van een eventuele correlatie van de bekomen data met het voorhanden wiegendoodprotocol, dat van toepassing is voor onverwachte en medisch onverklaarbare overlijdens bij kinderen jonger dan 18 maand oud.
- Naar analogie met de NODO-aanpak in Nederland, lijkt een analyse van alle data in het licht van overlijdens tot de leeftijd van 18 jaar en aldus tot het bereiken van de leeftijd van meerderjarigheid tot op heden het meest relevant. Aldus zal nagegaan worden of en wanneer autopsies bij de bovenvermelde kinderen & jongeren al dan niet gewenst alsdan al dan niet noodzakelijk zijn.
- Grondige analyse van alle juridische en eventueel andere randvoorwaarden (bv. in samenspraak met ouders?) van belang om een protocol op te stellen dat kan toegepast worden op de Belgische wetgeving.
- Het finale beoogde doel bestaat erin - aan de hand van alle bovenvermelde data - een multidisciplinair protocol met stroomdiagram op te stellen zodat een uniforme of zelfs gestandaardiseerde aanpak kan voorgesteld worden bij een overlijden bij een nog niet meerderjarige. Bij dit multidisciplinaire protocol wordt een organisatie van werkveld beoogd, waarbij taakomschrijving van alle betrokken actoren, zoals bv.

Parketten, Hoven en Rechtbanken, artsen, andere betrokkene hulpverleners (bv. vertrouwenscentra kindermishandeling), medewerkers politie inclusief rol van medewerkers slachtofferhulp, ...Tevens zal de bruikbaarheid in de courante praktijk nagegaan worden, met aandacht voor o.a. de manier van informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren, de wijze van registratie en bewaring van de bekomen informatie, de privacywetgeving...

3) Concrete planning in de tijd / tijdslijn

- *1^e stuurgroepvergadering / startvergadering*: begin december 2013. Hierin zal vooral een situering van de problematiek, het voorstel van aanpak van het project en de planning, het finaal beoogde doel toegelicht worden. Alle leden van de onderzoeksgroep en stuurgroep kunnen hierbij - vanuit hun specifieke invalshoek – bepaalde accenten vragen.
- *2^e stuurgroepvergadering*:midden januari 2014. Op dat moment vindt een voorstelling plaats van de literatuurstudie en worden mogelijke opties van een stroomdiagram reeds gedistilleerd.
- *3^e stuurgroepvergadering*: midden februari 2014. De tussenstand en reeds verder uitgewerkte mogelijke opties van een stroomdiagram worden besproken en verder uitgewerkt, met aandacht voor accenten vanuit de verschillende invalshoeken (o.a. Justitie, hulpverlening)
- *4^e stuurgroepvergadering*: eind maart 2014. Een ontwerp van verslag van het project wordt voorgelegd met aandacht voor de vragen: waar zijn we “geland”, welke vragen / problemen liggen nog open.

4) Voorstelling onderzoeksteam

Verwijzend naar het bovenvermelde tweeledig doel stellen we volgend team voor:

4.1. Twee wetenschappelijke medewerkers, enerzijds een biomedicus, Mevr. Joy Eliaerts en anderzijds een criminologe, Mevr. Freja De Middeldeer. Zij zullen samen de grondige literatuurstudie van de bestaande child death protocollen in verschillende landen verrichten waarbij de biomedicus zich meer op het medico-legale aspect toelegt en de criminologe eerder op de juridische randvoorwaarden toespitst. Hoewel beiden recent afstudeerden, zijn we van mening dat zij hiervoor de nodige competenties hebben. Beiden hebben gerechtelijke geneeskunde in hun opleiding gekregen. Mevr. Joy Eliaerts heeft reeds medico-legale ervaring via haar masterproef. Mevr. Freja De Middeldeer heeft via haar bachelor- en masterproef evenals haar stage ervaring in beleidsondersteunend onderzoek.

4.2. Dr. Karlien Dhondt, hoofd van het wiegendoodcentrum in het Universitair Ziekenhuis te Gent. In deze studie zal zoals bovenvermeld nagegaan worden welke aspecten van

toepassing voor het wiegendoodprotocol evt. ook kunnen uitgebreid worden naar oudere kinderen.

4.3. Dr. Ann Verrijckt, pediater-intensivist, die frequent geconfronteerd wordt met kinderen die overlijden na reanimatie en waarbij de vraag of het al dan niet gaat om een natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden alsdan om een evt. verdacht overlijden.

4.4. Prof. Dr. Els De Letter, geneesheer-specialist in de Gerechtelijke Geneeskunde. Ze is vanuit een bijna 18-jarige ervaring in de medico-legale praktijk, geconfronteerd met “verdachte” overlijdens bij kinderen. Een uniform voorstel bij aanpak van deze overlijdens zou voor de Parketten, Hoven en Rechtbanken een meerwaarde zijn. Prof. De Letter is tevens voorzien om de leiding en coördinatie van het onderzoeksteam op zich te nemen.

5) Voorstel deskundigen voor deelname in stuurgroep

5.1. Prof. Dr. Tom Balthazar, expert gezondheidsrecht, verbonden aan het Universiteit Gent. Hij was tevens promotor van de Masterproef “Het forensisch onderzoek naar het onverwacht overlijden van een kind onder de 18 maand oud” [12].

5.2. Prof. Dr. Michel Piette, geneesheer-specialist in de Gerechtelijke Geneeskunde. Vanuit een bijna 35-jarige ervaring in de medico-legale praktijk, geconfronteerd met “verdachte” overlijdens bij kinderen. Tevens gewaardeerd expert voor buitenlandse missies (o.a. Accreditatie van Nederlandse collega’s waarbij de aanpak in het NFI geëvalueerd wordt). Hij was tevens begeleider van de zopas vermelde Masterproef [12].

5.3. Dr. Wouter Karst, forensisch arts bij het Nederlands Forensisch Instituut, afdeling medisch forensisch onderzoek, sectie Forensische Pediatrie. Vanuit zijn ervaring met het NODO-protocol te Nederland, kan deze collega de sterke als zwakke punten van het Nederlands systeem toelichten.

Referenties

[1] Protocol NODO-procedure – Procedure Nader Onderzoek Doodsoorzaak bij onverklaard overlijden van minderjarigen. – 28/09/2006 - <http://www.fomat.nl/ProtocolNODO.pdf>

[2] Webster R, Schnitzer PG, Jenny C, Ewigman BG, Alario AJ. Child death review – the state of the Nation. Am J Prev Med 2003;25(1):58–64.

[3] <http://www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm>

[4] Weindling AM. The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Arch Dis Child. 2003 88:1034-7.

[5] Weber MA, Ashworth M T, Risdon R A, Hartley J C, Malone M, Sebire N J. The role of post-mortem investigations in determining the cause of sudden unexpected death in infancy. Arch Dis Child 2008;93:1048-1053.

- [6] http://www.workingtogetheronline.co.uk/chapter_seven.html
- [7] <http://www.hqsc.govt.nz/assets/CYMRC/Publications/cymrc-5th-report-chp1-sudi.pdf>
- [8] Saunders P., Report for the NSW Child Death Review Team on Measuring Socioeconomic Status, Social Policy Research Centre, May 2012
- [9] Collins SA, Surmala P, Osborne G, Greenberg C, Bathory LW, Edmunds-Potvin S, Arbour L. Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1999-2011. *BMC Pediatr.* 2012 ;12:190-198
- [10] Côté A. Investigating sudden unexpected death in infancy and early childhood. *Paediatr Respir Rev.* 2010;11:219-25.
- [11] Bajanowski T, Vege A, Byard RW, Krous HF, Arnestad M, Bachs L, Banner J, Blair PS, Borthne A, Dettmeyer R, Fleming P, Gaustad P, Gregersen M, Grøgaard J, Holter E, Isaksen CV, Jorgensen JV, de Lange C, Madea B, Moore I, Morland J, Opdal SH, Råsten-Almqvist P, Schlaud M, Sidebotham P, Skullerud K, Stoltenburg-Diding G, Stray-Pedersen A, Sveum L, Rognum TO. Sudden infant death syndrome (SIDS)- standardised investigations and classification: recommendations. *Forensic Sci Int.* 2007;165(2-3):129-43.
- [12] De Wilde B. Masterproef - Het forensisch onderzoek naar het onverwacht overlijden van een kind onder de 18 maand oud, Universiteit Gent, academiejaar 2012-2013

Bijlage 2: 1^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag

Child Death Review

1^e stuurgroepvergadering: 10 december 2013

Onderzoeksgroep:

- ✓ *UZ Gent:* Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt
- ✓ *Forensisch Instituut – Universiteit Gent:*
Prof. Dr. Els De Letter
Mevr. Freja De Middelmeer & Mevr. Joy Eliaerts

Samenstelling stuurgroep

Dhr. Patrick Bedert	(Dep. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)
Mevr. Carine De Wilde	(Dep. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)
Dhr. Bert Van Puyenbroeck	(Kind & Gezin)
Mevr. Lieve Krobea	(Kind & Gezin)
Mevr. Kaat Peerenboom	(Vertrouwenscentrum kindermishandeling)
Mevr. Christel De Craim	(FOD Justitie)
Mevr. Renilde Rens	(Politie Antwerpen)
Dr. Wouter Karst	(KNMG)
Prof. Dr. Michel Piette	(Universiteit Gent)
Prof. Dr. Tom Balthazar	(Universiteit Gent)

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

Toelichting project

Voorstel van aanpak:

Een relevante en efficiënte Child Death Review
(Vlaanderen en Brussel)

Toelichting project

• *Uitgangspunten*

- Belang van een gestructureerd onderzoek bij overlijden van kinderen
- Elk jaar aantal verdachte overlijdens in België, waarvan aantal gevolg van fatale kindermishandeling
- Consistent onderzoek vanuit preventief oogpunt
 - Reductie van aantal sterfgevallen door systematische identificatie van risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden
 - Distilleren van preventieve maatregelen
- Systematische autopsie nuttig/aangewezen?

Doelstellingen project

- 1) A.d.h.v. literatuurstudie: VS, VK, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Nederland en Duitsland
→ *Aanbevelingen en adviezen voor een model van aanpak in Vlaanderen en Brussel*
- 2) Inventarisatie juridische en andere kritische randvoorwaarden
Cf. Vlaamse en Brusselse context
→ *Praktische haalbaarheid model van aanpak*

- 1) A.d.h.v. literatuurstudie: VS, VK, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Nederland en Duitsland
→ *Aanbevelingen en adviezen voor een model van aanpak in Vlaanderen en Brussel*
- 2) Inventarisatie juridische en andere kritische randvoorwaarden
Cf. Vlaamse en Brusselse context
→ *Praktische haalbaarheid model van aanpak*

- ✓ Toelichting project
- ✓ Situering
 - Huidige procedure bij overlijden
 - Knelpunten
 - Cijfers kindersterfte in België
- ✓ Aanpak project
- ✓ Discussiepunten

- ✓ **Situering**
 - Huidige procedure bij overlijden
 - Knelpunten
 - Cijfers kindersterfte in België
- ✓ **Aanpak project**
- ✓ **Discussiepunten**

Huidige procedure bij overlijden

Primordiale schakel = arts die overlijden vaststelt

↓

“gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie”
(cf. strook A van het overlijdensattest)

Primordiale schakel = arts die overlijden vaststelt

“gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie”
(cf. strook A van het overlijdensattest)

[illegible]

Huidige procedure bij overlijden
Primordiale schakel = arts die overlijden vaststelt
 ↓
"gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begravenis of crematie"

- 1) NEEN: → natuurlijk overlijden
- 2) JA: → uitwendige oorzaak
 dus NIET- natuurlijk overlijden
 → principieel parket & politie ingeschakeld

Primordiale schakel = arts die overlijden vaststelt

*"gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begrafenis
of crematie"*

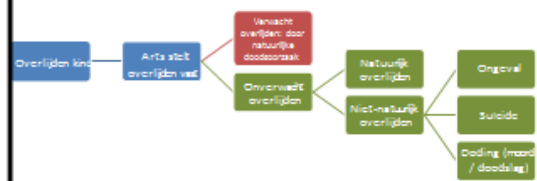
- 1) NEEN: → natuurlijk overlijden
2) JA: → uitwendige oorzaak
 dus NIET- natuurlijk overlijden
 → principeel parket & politie ingeschakeld

Huidige procedure bij overlijden

```

graph LR
    A[Overlijden klin.] --> B[Arts stelt overlijden vast]
    B --> C[Veracht overlijden door natuurlijke doodsoorzaak]
    B --> D[Onverwacht overlijden]
    C --> E[Natuurlijk overlijden]
    D --> E
    D --> F[Niet-natuurlijk overlijden]
    E --> G[Ongeval]
    E --> H[Suicide]
    F --> I[Doding (moord / doodslag)]
  
```

The flowchart illustrates the current procedure for death. It begins with 'Overlijden klin.' (Clinical death), which leads to 'Arts stelt overlijden vast' (Physician declares death). From here, the process branches into two paths: 'Veracht overlijden door natuurlijke doodsoorzaak' (Suspected death by natural cause) and 'Onverwacht overlijden' (Unexpected death). The 'Veracht' path leads to 'Natuurlijk overlijden' (Natural death), which then branches into 'Ongeval' (Accident) and 'Suicide'. The 'Onverwacht' path leads to 'Niet-natuurlijk overlijden' (Unnatural death), which leads to 'Doding (moord / doodslag)' (Murder / Homicide).



Huidige procedure bij overlijden

- **Aard** van overlijden ('manner of death')
 - **Natuurlijk overlijden**
 - Overlijden t.g.v. ziekte, hetzij vooraf bestaand medisch probleem (bv. aangeboren hartafwijking), hetzij een acuut medisch probleem (bv. fulminante longontsteking), hetzij beiden
 - **Geen** uitwendige oorzaak
 - **Niet-natuurlijk overlijden (ongeval, suicide, doding)**
 - Hoeft niet per se 'verdacht'/t.g.v. 'geweldpleging door derden'
 - Te wijten aan een **uitwendige oorzaak**, m.a.w. overlijden zou waarschijnlijk niet op dat moment hebben plaatsgevonden als de externe factor er niet was geweest
- **Te differentiëren van de doodsoorzaak !**

Huidige procedure bij overlijden

- **Dood kan enkel worden vastgesteld door een arts**
- Overlijdensattest in te vullen door een arts
 - Model IIIC > 1 jaar
 - Model IIID < 1 jaar
 - Ook voor elke doodgeboorte (geboortegewicht ≥ 500 g of vanaf 22 wk zwangerschapsduur of hiel kruinlengte 25 cm)
- Strook C, B, A en D + envelop

Huidige procedure bij overlijden

- Strook A
 - In te vullen door een arts die overlijden vaststelt
 - Identiteitsgegevens
 - Bewaard door gemeentebestuur
 - Belangrijke juridische implicaties
 - Indien gerechtelijk geneeskundig bezwaar dan inschakeling Procureur die beslist tot het opstarten van politieel onderzoek
- Andere stroken: t.a.v. NIS, strook C is medisch geheim

Huidige procedure bij overlijden

- Bij 'onverwacht & onverklaard' overlijden van een kind $\rightarrow < 18$ m (cf. wet van 26/03/2003):
 - Financiering van
 - Transfer naar wiegendoodcentrum
 - Aanvullende diagnostiek (inclusief autopsie)
 - Begeleiding ouders
 - Autopsie:
 - Enkel indien toelating van beide ouders
 - Indien alles negatief \rightarrow classificatie als "wiegendood"

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

Knelpunten

- Attesterende arts
 - Primordiale schakel
 - **Eender** welke arts
 - Frequent : niet/onvoldoende **opgeleid** voor delicate overlijdens
 - **Autonoom**
 - **Niet noodzakelijk gefundeerd**
 - Anamnese en medische voorgeschiedenis
 - Inspectie van het lichaam
 - Inspectie plaats/omstandigheden van 'fatale episode'

Knelpunten

- Procureur des Konings
 - Niet verplicht wetsarts in te schakelen
 - Principieel kan elke arts gevorderd worden
 - Doel: opsporing van inbreuken op de strafwet, in se niet de bepaling van de doodsoorzaak

Knelpunten

- Onverwacht en onverklaard overlijden van een kind
 - (A) < 18m: wet van 26/03/2003
 - Maar
 - Geen uniformiteit van diagnostiek
 - Geen uniformiteit van attestering
 - Geen regelgeving indien weigering door ouders
 - Geen/niet altijd politieel onderzoek
 - Geen uniform beslissingsdiagram tussen de verschillende wiegendoodcentra onderling
 - (B) > 18m: geen gestandaardiseerde aanpak

Knelpunten

In tegenstelling tot internationaal (!)

- Nederland
 - Sinds 2010 verplicht overleg bij elk overlijden van een minderjarige met een forensische arts
 - NODO-protocol
- Andere landen
 - Coroner
 - Child Death Review protocols (cf. literatuuroverzicht)

Knelpunten



Knelpunten

- Onverwacht en onverklaard overlijden (1)
 - Arts attesteert ‘natuurlijk’
 - (A) <18m
 - Aanvullende diagnostiek i.k.v. wetgeving ter opheldering natuurlijke doodsoorzaak maar niet ter uitsluiting van niet-natuurlijk overlijden
 - Ontbreken van politieel en sociaal onderzoek
 - (B) >18m
 - Geen aanvullende diagnostiek
 - Ontbreken van politieel en sociaal onderzoek

Knelpunten

- Onverwacht en onverklaard overlijden (2)
 - Arts attesteert ‘niet-natuurlijk’
 - Belasting van ouders met politieel onderzoek
 - Onderzoek gericht op uitsluiten/bevestigen niet-natuurlijk overlijden, niet op achterhalen van doodsoorzaak
 - Soms seponering zonder verder onderzoek indien geen duidelijke argumenten voor niet-natuurlijk overlijden

✓ Toelichting project

✓ Situering

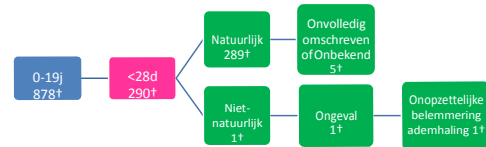
- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

Cijfers kindersterfte in België

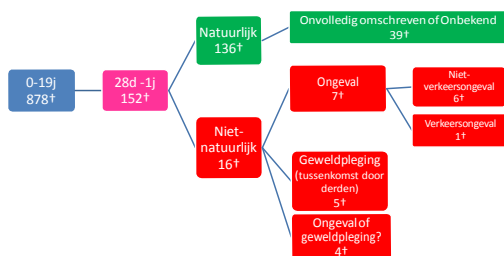
Neonatale (0-28 d) mortaliteit



Nationaal Instituut voor Statistiek 2009

Cijfers kindersterfte in België

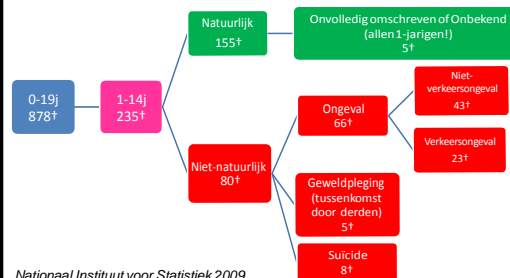
Zuigelingen (28 d-1 j) mortaliteit



Nationaal Instituut voor Statistiek 2009

Cijfers kindersterfte in België

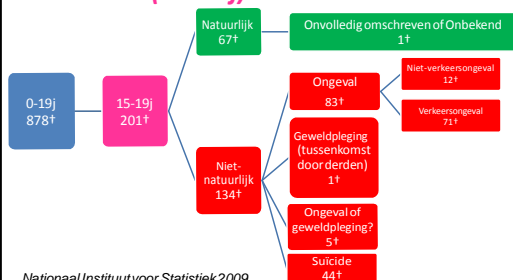
Pediatrische (1-14j) mortaliteit



Nationaal Instituut voor Statistiek 2009

Cijfers kindersterfte in België

(15-19j) mortaliteit



Nationaal Instituut voor Statistiek 2009

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

Aanpak project

1. Grondige vergelijkende internationale literatuurstudie

- Analyse van verschillende CDR praktijken
 - ✓ Opzet, randvoorwaarden
 - ✓ Knelpunten
 - ✓ Behaalde resultaten in functie van vooropgestelde doelstellingen
- Correlatie buitenlandse bevindingen vs. 'wiegendoodprotocol'
- Autopsie: gewenst vs. noodzakelijk?;

2. Grondige analyse van noodzakelijke randvoorwaarden

3. Opstellen protocol

Aanpak project

Finale doel =

multidisciplinair protocol met stroomdiagram

- Organisatie werkveld: taakomschrijving alle actoren
- Praktische bruikbaarheid: cf. uitwisseling informatie;
cave: privacywetgeving, beroepsgeheim, ...

Aanpak project

- 1^{ste} stuurgroepvergadering (10/12/2013)
 - Toelichting project
 - Wat is een relevante en efficiënte aanpak van CDR in Vlaanderen en Brussel? (cf. discussiepunten)
- 2^{de} stuurgroepvergadering (14/01/2014)
 - Literatuurstudie
 - Opties protocol
- 3^{de} stuurgroepvergadering (18/02/2014)
 - Verdere uitwerking met accenten vanuit de verschillende invalshoeken
- 4^{de} stuurgroepvergadering (?/03/2014)
 - Voorstel protocol

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten

Discussiepunten

- 1) Voor welke leeftijdscategorie?
- 2) Voor welk type van overlijdens?
- 3) Met welke doelstelling ?
 - Onderzoek met extra expertise en multidisciplinariteit t.o.v. huidige situatie
 - Review met bekomen van epidemiologische gegevens en mogelijkheid tot formuleren van preventieve maatregelen
 - Combinatie van beiden
- 4) Wenselijkheid én haalbaarheid?

Discussiepunten

1) Leeftijdscategorie?

- Bovengrens → 18j
- Ondergrens → géén of 1 maand
 - Belangrijke neonatale mortaliteit met vnl. natuurlijke overlijdens in ziekenhuis.
 - Echter: *niet* includeren betekent kans op missen van niet-natuurlijk overlijden thuis
- Wat met gelijkheidsbeginsel?
 - Onverwacht onverklaard overlijden van een volwassene niet dezelfde rechten?

Discussiepunten

1) Welke overlijdens?

- Elk overlijden van een minderjarige OF
- Elk niet-natuurlijk + elk onverwacht onverklaard overlijden van een minderjarige OF
- Elk onverwacht onverklaard overlijden van een minderjarige

Discussiepunten

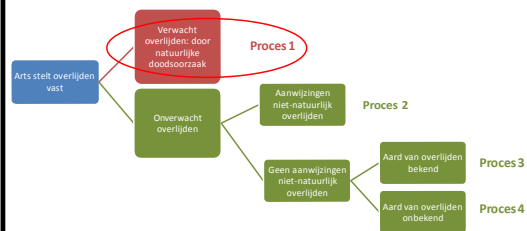
2) Onderzoek versus systematische review of combinatie?

- Onderzoek
 - Elk geïncludeerd overlijden wordt uitvoerig onderzocht (rapid respons) en de aard van overlijden en de doodsoorzaak worden vastgesteld
- Review
 - Verwerking data, audit van het onderzoek
 - Preventieve maatregelen

Discussiepunten



Discussiepunten



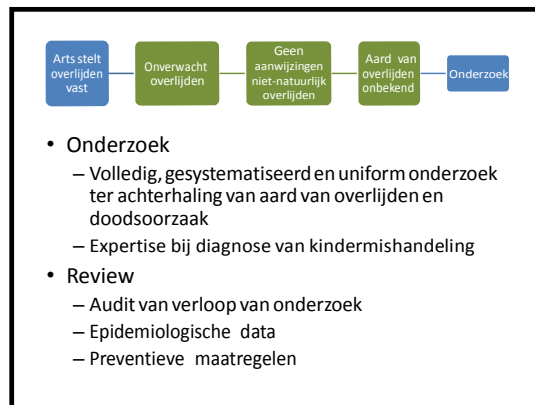
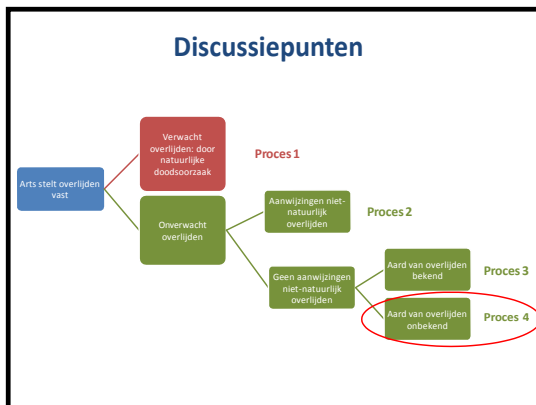
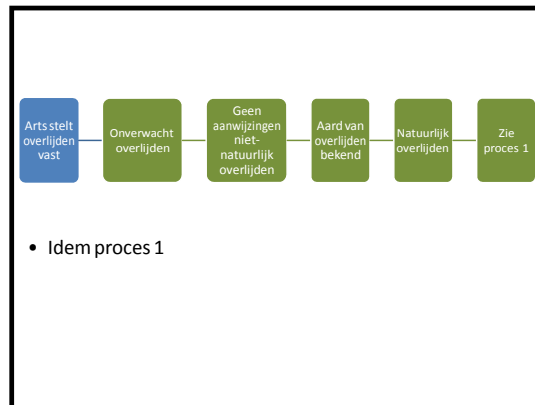
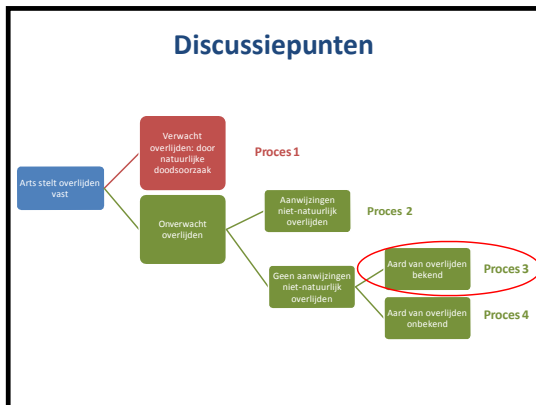
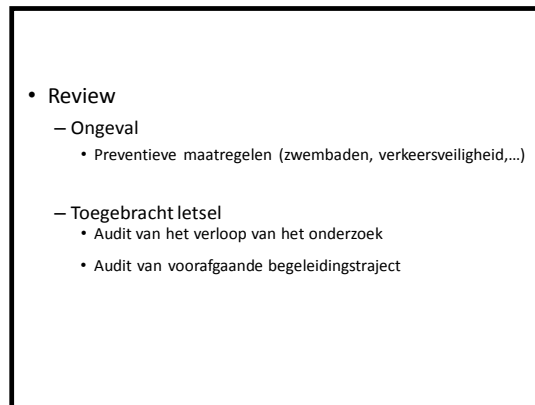
Arts stelt overlijden vast

Verwacht overlijden: door natuurlijke doodsoorzaak

- Individueel onderzoek
 - Efficiënte medische zorg voor overledene?
 - Medische fouten/onvoorzichtigheden/nalatigheden?
- Review
 - Preventieve maatregelen formuleren
 - o.a. efficiëntie medische zorg, organisatie medische zorg

Discussiepunten





Discussiepunten

4) Wenselijkheid én haalbaarheid?

— Regelgevend kader

- Wie is 1^e te contacteren persoon na/door arts die overlijden vaststelt? (PdK?)
- Overleg met andere arts over aard overlijden? Telefonisch of ter plaatse?
- Onderzoek plaats van overlijden? (medisch/sociaal/politioneel)
- Inschakelen politie/slachtofferhulp?
- Inschakelen multidisciplinair onderzoeksteam?
- Opvang ouders/nabestaanden (info via folder enz.)
- Indien <18m: 'wiegendoodprotocol'

— Tijdslijn (wie, wat, wanneer)

— ...

✓ Toelichting project

✓ Situering

- Huidige procedure bij overlijden
- Knelpunten
- Cijfers kindersterfte in België

✓ Aanpak project

✓ Discussiepunten:

→ *Nog vragen/discussiepunten /accenten vanuit stuurgroep?*



Child Death Review

Graag uw opmerkingen/suggesties bezorgen tegen ten laatste 25/12/2013 per mail

- ✓ Prof. Dr. Els De Letter: Els.DeLetter@UGent.be
- ✓ Dr. Ann Verrijckt: Ann.Verrijckt@UGent.be
- ✓ Dr. Karlien Dhondt: Karlien.Dhondt@UGent.be
- ✓ Freja De Middel: Freja.DeMiddel@UGent.be
- ✓ Joy Eliaerts: Joy.Eliaerts@UGent.be

1^e Stuurgroepvergadering 10/12/2013

Aanwezigen: Mevr. Carine De Wilde, Dhr. Bert Van Puyenbroeck, Mevr. Lieve Krobea, Dr. Kaat Peerenboom, Mevr. Mter. Christel De Craim, Dr. Wouter Karst, Mevr. Mter. Sylvie Tack (loco Prof. Tom Balthazar), Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt, Prof. Dr. Els De Letter, Mevr. Freja De Middeleer, Mevr. Joy Eliaerts

Verontschuldigd: Dhr. Patrick Bedert, Prof. Dr. Michel Piette, Prof. Tom Balthazar

Afwezig: Mevr. Renilde Rens

1. Toelichting project

Mevr. Carine De Wilde meldt dat de uitwerking van dit project kadert binnen één van de actielijnen van het Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK).

Betreffende de inventarisatie van de juridische randvoorwaarden kan het interessant zijn om een onderzoeksrechter (OR) advies te vragen binnen de stuurgroep. Deze kan eventueel via mail op de hoogte gehouden worden van het verloop van het project. Deze aanbeveling kwam vanuit het VFK en werd geadviseerd door het parket. Mevr. De Wilde zal zich hieromtrent informeren. Prof. De Letter stelt voor – indien dit voor een OR vanuit het Leuvense niet mogelijk is – om zich te informeren bij de OR's uit de regio Gent.

2. Situering

A. Huidige procedure bij overlijden

Mevr. De Craim stelt de vraag, wanneer aan bod komt dat de arts fungeert als primordiale schakel bij de vaststelling van een overlijden, of een huisarts zomaar het overlijden van een kind in een wieg/bed kan vaststellen en het overlijdensattest mag invullen. Hierop wordt bevestigend geantwoord.

Mevr. Krobea stelt de vraag of 'uitwendige oorzaak' letterlijk genomen moet worden? Prof. De Letter licht toe dat met 'uitwendige oorzaak' wordt bedoeld: 'een factor niet inherent aan het lichaam'. Het is aldus de trigger die aanleiding geeft tot het overlijden. Bijvoorbeeld een intoxicatie door medicatie valt niet altijd uitwendig waar te nemen, hoewel hier wel sprake is van een uitwendige oorzaak.

Wat betreft wiegendood, specificeert Prof. De Letter dat dit een diagnose 'per exclusionem' is. Deze diagnose wordt dus gesteld als na afronding van alle onderzoeken de doodsoorzaak onverklaard blijft. Wanneer bijvoorbeeld naar aanleiding van een autopsie een infectie aan het licht komt, is dit geen wiegendood maar een natuurlijk overlijden. Een autopsie in het kader van het wiegendoodprotocol kan enkel indien toelating van beide ouders. Dit kan bv. problemen geven bij echtscheidingen.

B. Knelpunten

Attesterende arts

Mter. Tack merkt op dat er vroeger reeds sprake was van een wetsvoorstel rond de invoering van een schouwarts. Dit is momenteel (nog) niet beslist. Prof. De Letter licht toe dat Leuven pleit voor een systeem van schouwartsen, maar dit lijkt ons praktisch onmogelijk (moeilijke discussie bv. wie gaat die personen opleiden, ook vraag omtrent hun financiering). Vermits Gerechtelijke Geneeskunde een erkende specialiteit is, lijkt het logischer om artsen in opleiding (ASO'ers) bij vragen omtrent het overlijden, de 1^e vaststellingen te laten doen. Vanuit het Dept. Gent is men voorstander om meer energie te stoppen in de ASO'ers die de volledige, kwalitatieve opleiding volgen, inclusief in het kader van de Manama (5 j). Men moet vermijden om 2 soorten opleidingen te gaan creëren: een verkorte versie en de klassieke Manama.

De vaststelling van overlijden blijft een knelpunt. Wanneer een huisarts van wacht opgeroepen wordt, kent deze de voorgeschiedenis van de overledene niet. Als er een natuurlijk overlijden geattesteerd wordt en er dus geen gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen begravenis of crematie is, zal een inspectie van de plaats/omstandigheden van de 'fatale episode' niet gebeuren. Dit laatste zou normaliter wel steeds moeten gebeuren bij bezwaar, maar dit is ook niet steeds zo.

Procureur des Konings (PdK)

Prof. De Letter licht toe dat indien uit de medico-legale praktijk blijkt dat alles pleit in de richting van een natuurlijke dood of indien het duidelijk is dat er geen tussenkomst van derden is, deze conclusie voldoende is voor de meeste PdK's. Het vooronderzoek stopt dan en men vordert geen autopsie. Principeel kan elke arts (bv. huisarts van wacht) gevorderd worden om een overledene te onderzoeken en hoeft dit geen erkende wetsgeneesheer te zijn. Dit wordt soms gedaan, omdat er een tekort is aan wetsgeneesheren.

Wet van 26/03/2003 [Wiegendoodprotocol]

Vraag: Hoeveel wiegendoodcentra zijn er in België?

→ Er zijn er 7: Antwerpen (2), Gent, Brussel, Leuven, Brugge en Hasselt.

Dr. Verrijckt meldt tevens dat er grote individuele verschillen zijn tussen de wiegendoodcentra wat betreft het attesteren van de sterfgevallen, de manier waarop het post mortem onderzoek wordt aangepakt enz.

Attesteren overlijden

Vraag: Kan men een autopsie weigeren? Kan dit 'overruled' worden?

Prof. De Letter merkt op dat elke arts bij twijfel kan/mag bellen naar de PdK. Dan blijft het echter nog steeds afhankelijk van die ene arts (inschattingsvermogen, plichtsbewustzijn, initiatief nemen). Dat is een grote verantwoordelijkheid. Er zijn ook praktische problemen: de artsen krijgen soms het nummer van de PdK van wacht niet van de politiediensten. Daarnaast is er een grote drempel voor de huisarts om de PdK in te lichten. Zijn praktijk kan

een negatieve connotatie krijgen door het aangeven van een vermoeden van misdrijf in een familie die hij al jaren behandelt. Hij riskeert bv. ook om zich een vijandigheid van de familie op de hals te halen.

Vraag: Kan een PdK een autopsie verplichten aan de ouders (i.t.t. bij wiegendoodprotocol)?

Op heterdaad kan de PdK een deskundige aanstellen voor een autopsie, maar deze procedure is uitzonderlijk. In de regel zal een PdK een OR vatten. Een onderzoeksrechter kan altijd een autopsie bevelen, ongeacht het feit of de dader op heterdaad betrapt is. Wanneer een lichaam in beslag genomen is, is het de magistraat die alle beslissingen neemt en bv. een autopsie kan bevelen. De familie/nabestaanden hebben dan geen inspraak.

Mter. Tack merkt op dat Art. 458bis³¹ stelt dat een arts de mogelijkheid of het recht heeft om een misdrijf te melden aan het parket, maar dit is zeker geen verplichting. De uitbreiding van dit wetsartikel is recent, op 01/03/2013, in werking getreden.

Prof. De Letter meldt tevens – verwijzend naar de besparingen bij FOD Justitie – dat bij het attesteren van een niet-natuurlijk overlijden de afweging moet gemaakt worden of een autopsie wel nodig is. De kosten van het onderzoek zullen dan veel hoger oplopen, tot een paar duizenden euro's, terwijl een uitwendige schouwing maar een paar honderd euro's kost.

Dr. Verrijckt (m.b.t. aanvullende diagnostiek in het kader van de wetgeving ter opheldering natuurlijke doodsoorzaak) merkt op dat men (lees: de attesterende arts) er vaak van uitgaat dat het wiegendoodcentrum de niet-natuurlijke doodsoorzaak wel zal ontdekken, terwijl dit eigenlijk hun taak niet is. De artsen zijn ook niet opgeleid om de tussenkomst van derden te onderzoeken. De taak van het wiegendoodcentrum is hetzij het achterhalen van een natuurlijke doodsoorzaak hetzij tot de diagnose van "wiegendood" te komen. Men geeft de centra dus een verantwoordelijkheid die zij normaal niet hebben. De taak van het gerechtelijk onderzoek is dan weer net het tegenovergestelde. Dit onderzoek tracht een niet-natuurlijk overlijden te achterhalen en niet steeds de doodsoorzaak op zich.

C. Cijfers kindersterfte in België

Neonatale mortaliteit omvat alle overlijden in de eerste levensmaand.

Dhr. Van Puybroeck stelt de vraag of er specifieke statistieken bestaan per leeftijd? Er is een belangrijk deel van niet-natuurlijke sterfgevallen bij de groep 15 tot 19-jarigen, maar dit is

³¹ Art. 458bis. Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, [...]

grotendeels te wijten aan het aandeel van de ongevallen. De 18- en 19-jarigen die het slachtoffer zijn van een verkeersongeval zijn voor ons niet echt belangrijk.

Mter. Tack verwijst ook nog even naar de euthanasiewet bij minderjarigen. Wordt een overlijden na het actief stopzetten van de behandeling geclassificeerd als een natuurlijk overlijden? Wat met disproportioneel toedienen van medicatie? Deze vallen nu allemaal uit de statistieken. Dr. Verrijckt en Prof. De Letter beamen dat ze vermoeden dat deze bij de natuurlijke overlijdens geklasseerd zullen worden.

3. Aanpak project

Geen specifieke opmerkingen.

4. Discussiepunten

Leeftijdscategorie

De bovengrens wordt vastgelegd op de kalenderleeftijd van 18 jaar, dus alle minderjarigen worden beschouwd.

Onderzoek versus systematische review, of combinatie

Proces 1: zaken kunnen per ongeluk als natuurlijk worden geclassificeerd, door onwetendheid van de arts.

Proces 2 – review: niet evident om informatie uit het gerechtelijk onderzoek zomaar aan het CDR-team te geven, door geheim van het onderzoek.

Proces 3: rond deze categorie zijn er minder problemen.

Proces 4: 2 parameters (aard van overlijden en doodsoorzaak) onderzoeken?

Wenselijkheid en haalbaarheid

Er wordt hiervoor verwezen naar de knelpunten.

- De autonomie en de verantwoordelijkheid die rust bij die ene arts moet herzien worden. De verantwoordelijkheid zou beter niet bij één persoon liggen. De vraag stelt zich of men beter een tweede arts hierbij gaat betrekken en wie men daarvoor dan zou kiezen. Mter. Tack stelt de vraag of eventueel een kinderarts of een forensische arts hiervoor kan aangesproken worden. Dit zou dan bv. kunnen aangeduid worden op het overlijdensattest (cf. systeem in Nederland waarbij moet geattesteerd worden of een 2^e arts werd geïnformeerd of ter advies werd gevraagd). Dr. Verrijckt is van mening dat niet alle kinderartsen hiervoor een voldoende opleiding hebben gekregen.

- Bij het onderzoek van de plaats van overlijden, is het tijdsverloop cruciaal. Wanneer er ter plaatse geen onderzoek of laattijdig onderzoek gebeurde, kunnen reeds belangrijke sporen of gegevens verloren (gegaan) zijn.

- Bij het inschakelen van politie en/of slachtofferhulp, zal vermoedelijk de maatschappelijke opinie moeten wijzigen. Deze wordt ondersteund door de media. Men moet de perceptie van

de betrokkenen veranderen, zodat een bezoek van de politie niet meer als 'slecht' of 'verdacht' beschouwd wordt. Een mentaliteitswijziging lijkt nodig: bij elk overlijden van een minderjarige moet een onderzoek volgen, waardoor dit niet onmiddellijk een slechte connotatie moet krijgen.

- *Belangrijke vraag: gaan we ons enkel focussen op de review in dit project? Want er is eerst nood aan goede onderzoeken zodat we degelijke data hebben om een review uit te voeren.*

° Dhr. Van Puyenbroeck is van mening dat er geen focus moet zijn op representativiteit (het aantal sterfgevallen is erg klein) maar op specifieke cases (Vb. 3 per jaar), zodat we daaruit kunnen leren. Hoe is het proces verlopen? De preventie van het aantal sterfgevallen t.g.v. kindermishandeling staat centraal. Er is een verschil tussen de preventie van kindermishandeling en nagaan hoe een overlijden aangepakt wordt. Vooraleer men aan preventie kan doen, zijn degelijke onderzoeken nodig. Niet ieder overlijden wordt immers identiek behandeld. Niet alle sterfgevallen krijgen een grondig en kwaliteitsvol onderzoek, en zullen daardoor soms geattesteerd worden als natuurlijk i.p.v. niet-natuurlijk. De vraag stelt zich dan ook of we ons enkel toespitsen op die sterfgevallen die bij de groep van niet-natuurlijke overlijdens komen?

° Mevr. Krobea is van mening dat er eerst een nulmeting nodig is. We moeten eerst nagaan wat de huidige grenzen (van o.a. wetgeving) en problemen zijn. Waar botsen we op?

° Dr. Verrijckt merkt op dat er zich een groot probleem stelt omtrent de toegang tot informatie en de informatie-uitwisseling tussen het gerechtelijk onderzoek en het CDR-team. Internationaal start men meestal met een procedure waarbij men case per case een onderzoek [naar de doodsoorzaak] voert, om daarna pas een review op te starten. Maar België zit bij het attesteren [de basis van het eigenlijke onderzoek] al met hiaten, want er is geen procedure/protocol voor het attesteren van een overlijden.

° Prof. De Letter merkt op dat het verzamelen van data in België een probleem is en dat er best eerst een advies gegeven wordt over de goede aanlevering van data.

° Mevr. De Wilde merkt op dat er best een "tweesporen" aanpak is. We moeten starten met (1) hoe CDR er in de huidige situatie kan uitzien en (2) welke adviezen moeten we formuleren om de huidige procedures te verbeteren. CDR kan dus momenteel op deze manier en dan hebben we bv. a en b nodig. Maar om te optimaliseren, om alle cases goed te kunnen reviewen, hebben we ook x en y nodig. Dit zou onze aanpak moeten zijn.

° Mevr. De Craim is van mening dat het niet goed is dat de huisarts het overlijdensattest van een kind opmaakt. We kunnen vanuit het Vlaams Forum Kindermishandeling (VFK) een voorstel doen om dit te optimaliseren. Bijvoorbeeld overleg met twee of drie artsen, waardoor je de zware verantwoordelijkheid van één (huis)arts wegneemt. Voor een CDR kunnen we focussen op zaken die uitgemond zijn in een gerechtelijk onderzoek en waarbij dit al is afgelopen, omdat het misschien makkelijker is om op die manier aan informatie te geraken.

° Dr. W. Karst licht toe dat men in Nederland +/- 60 gevallen had waarbij de NODO-procedure toegepast werd. In 3 van deze 60 gevallen waren er uiteindelijk aanwijzingen van een niet-natuurlijk overlijden. Hoe werkt de geheimhouding in Nederland? In NODO werkt

men o.b.v. 'geanonimiseerde data' die, omwille van het lage aantal zaken, nooit echt anoniem zijn voor de leden van het NODO-team. Men bekijkt ook of het mogelijk is om een zaak opnieuw in de NODO-procedure op te starten na afloop van de strafzaak. Dit is momenteel niet mogelijk. In Nederland heeft men eerst de wetgeving omtrent de procedure van het attesteren in orde gebracht. Hierbij aansluitend wordt gevraagd aan Dr. Karst of hij het NODO-protocol en de knelpunten wil voorstellen op de volgende stuurgroepvergadering.

° Dr. Verrijckt meldt dat er eerst een uniform proces voor het werkveld nodig is om te weten of alles op een correcte manier verloopt, maar vermoedt dat dit (hopelijk) voor geen al te grote veranderingen in de cijfers zal zorgen.

° Dr. Dhondt voegt eraan toe dat er standaardisering nodig is om aan een review te kunnen beginnen.

° Mevr. De Wilde stelt de vraag of er vanuit de wiegendooodcentra al CDR's uitgevoerd werden? Dr. Dhondt licht toe dat individuele cases soms worden besproken, maar dit vanuit de medische context en niet de sociale. Door het gebrek aan een uniforme aanpak van de wiegendooodcentra kunnen we echter geen lessen trekken van elkaar. Iedereen werkt op een andere manier waardoor een CDR momenteel niet evident is. Tot nu toe werd dit nog niet verricht.

° Mevr. Krobea vraagt verduidelijking wat de echte bedoeling van dit project is. Hoe kijken we er vandaag naar, wat doen we nu, wat is ons doel en waar willen we naartoe?

° Mevr. De Wilde specificeert dat het VFK niet echt een uitgesproken mening had. CDR bestaat in andere landen en wij hebben niets. Maar het is complexer dan we initieel dachten. De onderzoeksvragen van het VFK staan in het bestek. Hoe kunnen we CDR implementeren?

We moeten naar twee sporen gaan:

1. Hoe is de situatie nu en wat kan CDR op het huidige moment betekenen? Hoe kunnen we een CDR installeren? We moeten nu een voorstel van aanpak uitwerken op basis van wat er momenteel voorhanden is, met duidelijke vermelding wat de belemmeringen zijn.
2. Hoe zou het in de toekomst moeten? Aan de hand van de internationale literatuur en aan de hand van de knelpunten die aan het licht komen, kunnen we de procedure op een aantal manieren verder optimaliseren. Als we echt niets willen missen, hebben we "dit en dat" nodig. Hier is eventueel verder onderzoek voor nodig. In maart moeten we een eerste aanzet hebben en dan kunnen we bekijken hoe we ons daarna gaan verdiepen.

° Mevr. De Craim voegt eraan toe dat een eerste insteek moet zijn dat we zaken opnieuw gaan bekijken om te zien waar het fout gelopen is. We moeten leren uit de fout gelopen zaken.

° Dr. Karst voegt eraan toe dat de sectie binnen NODO nog steeds vrijwillig is. In Nederland geldt NODO enkel voor onverklaarde sterfgevallen, dus niet voor niet-natuurlijke. Prof. De Letter vraagt hierbij aansluitend of hij informatie heeft i.v.m. het project SERRAFIM/Interreg

(samenwerking tussen Nederland en Duitsland m.b.t. CDR). Dr. Karst is hiervan niet op de hoogte, maar vreest dat dit “een stille dood gestorven” is vermits de Universiteit van Twente een eigen weg / protocol wou. Hij zal zich hieromtrent informeren.

° Dr. Verrijckt merkt op dat CDR bv. niet enkel kan uitgevoerd worden vanuit de benadering van mishandeling, het is ook mogelijk om naar de ongevallen te kijken.

° Mevr. De Wilde voegt eraan toe dat de terminologie [onderscheid onderzoek vs. child death review] goed moet uitgeklaard worden. Het initiële doel was de preventie van kindermishandeling [d.m.v. serious case reviews?], maar we kunnen dit aangrijpen om veel verder dan dat te gaan.

° Mter Tack stelt zich de vraag: hoeveel ouders weigeren een autopsie?

° Dr. Dhondt repliceert dat men daar geen zicht op heeft, vermits in de wiegendoodcentra enkel kinderen onderzocht worden bij wie de toestemming van de ouders gegeven werd.

° Dr. Verrijckt voegt eraan toe: de weigering van een autopsie kan niet in het wiegendood-dossier staan als er initieel geen dossier kan opgestart worden. Normaal zou men wel verwachten dat een MUG-arts een weigering voor autopsie in zijn dossier noteert, maar dit wordt niet geregistreerd. Het sociaal onderzoek is bij overlijdens van kinderen ook heel belangrijk.

° Mevr. Krobea stelt de vraag welke randvoorwaarden (voor medici, hulpverlening, etc. = het onderzoeksproces) nodig zijn om geen gevallen van kindermishandeling te missen?

° Prof. De Letter merkt op dat vanuit de stuurgroep ook een afbakening moet voorgesteld worden omtrent welke sterfgevallen we zullen beschouwen? Gaat de focus gelegd worden op het ‘uitlokken’ van een gerechtelijk onderzoek door gerechtelijk bezwaar aan te tekenen? Wat is de haalbaarheid (tijdsverloop, overleg met forensisch arts, etc.)? We moeten alle actoren sensibiliseren.

° Dhr. Van Puybroeck merkt op dat men het meest kan leren uit de groep van de niet-natuurlijke sterfgevallen.

° Mevr. De Wilde: Hier moet de link gelegd worden met andere landen. Hoe stellen zij het overlijden vast en starten zij dan een onderzoek of een review? Welke focus? Wat komt er uit voort?

° Mevr. De Craim: Wat met een kindje dat gehandicapt is of kanker heeft en door de ouders wordt gesmoord om het lijden weg te nemen? De arts kan dit overlijden laten registreren als ‘natuurlijk’. Dr. Verrijckt, Dr. Dhondt en Prof. De Letter beamen dat dit inderdaad mogelijk is.

° Mevr. Krobea stelt hierbij aanvullend de vraag: Wat als de ouders geen zorg voorzien, waardoor het natuurlijk overlijden dus eigenlijk ten gevolge van nalatigheid is?

° Dr. Verrijckt voegt eraan toe: en wat met ongevallen door het ontbreken van toezicht?

° Mevr. De Wilde bevestigt dat het dus inderdaad heel belangrijk is om de scope te bepalen. De scope van dit onderzoek is momenteel niet zo breed, maar we moeten hier in de toekomst verder op inzetten. Het VFK zal hiervoor vragende partij zijn. We moeten stapsgewijs werken en nu vertrekken uit het huidige kader, met vermelding van alle knelpunten, waarna we ook aantonen waar verder onderzoek nodig is. De voorstelling van het literatuuronderzoek moet ook duidelijk de fasering (= tweeluik) tonen binnen de landen.

Conclusie:

De focus van dit project is een implementatie van CDR met het oog op het reduceren van sterfgevallen t.g.v. kindermishandeling. Hiervoor een tweesporen aanpak:

- 1. Enerzijds aan de hand van de huidige situatie in Vlaanderen/Brussel, een voorstel van aanpak voor CDR formuleren in dit kader*
- 2. Anderzijds, knelpunten specificeren en welke aanpassingen nodig zijn voor het optimaliseren van het CDR proces in de toekomst*

Bijlage 3: 2^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag

Child Death Review

2^e stuurgroepvergadering: 14 januari 2014

Onderzoeksgroep:

- ✓ *UZ Gent*: Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt
- ✓ *Forensisch Instituut – Universiteit Gent*:
Prof. Dr. Els De Letter
Freja De Middeleer & Joy Eliaerts

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

Opbouw rapport

Deel 1: Literatuuroverzicht

- Wat is Child Death Review?
- Terminologie
- Historiek & evolutie
- Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
- Voorbeeld: Wales

Deel 2: Kritische randvoorwaarden Vlaamse context

- Toetsing aan internationale literatuur: knelpunten en aanbevelingen
 - Structureel
 - Procesmatig

Deel 3: Voorstel van aanpak in huidige Vlaamse context

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport

3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)

- Wat is Child Death Review?
- Terminologie
- Historiek & evolutie internationaal
- Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
- Voorbeeld: Wales

3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)

- Structureel
- Procesmatig

3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)

4. Besluit

Wat is Child Death Review?

“**Systematische** en **multidisciplinaire** analyse van kindersterfgevallen met als doel het formuleren van **aanbevelingen** en het nemen van **maatregelen** ter **preventie** van vergelijkbare sterfgevallen.”

Wat is Child Death Review?

Met de nadruk op:

“**Collaboratief** proces dat mensen samenbrengt op een lokaal of nationaal niveau van verschillende disciplines om informatie te delen en te bespreken aangaande de **omstandigheden** die tot een overlijden van een kind hebben geleid en aangaande de **respons** op het overlijden.”

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport

3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)

- Wat is Child Death Review?
- **Terminologie**
- Historiek & evolutie internationaal
- Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
- Voorbeeld: Wales

3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)

- Structureel
- Procesmatig

3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)

4. Besluit

Terminologie Child Death Review

Natuurlijk overlijden

Niet-natuurlijk overlijden (ongeval, suicide, doding)

Onverklaard overlijden

Het overlijden waarbij geen onmiddellijke oorzaak voor het overlijden kan worden aangewezen.

Onverwacht overlijden

Het overlijden van een minderjarige waarbij de minderjarige tot 24u voordien ogenschijnlijk in een gezonde toestand verkeerde of waarbij een onverwacht incident de aanleiding was. (HM Government, 2013)

Vermijdbaar sterfgeval ('preventable')

Het overlijden waarbij potentieel vermijdbare factoren een bijdrage hebben geleverd. (HM Government, 2013)

Terminologie Child Death Review

Serious Case Review

= in geval van kindermishandeling en -verwaarlozing

- Wanneer mishandeling of verwaarlozing van een kind wordt vermoed of bekend is en het kind (i) overleden, of (ii) ernstig mishandeld werd en er reden tot bezorgdheid is (falen van samenwerking tussen de overheid, de partners of andere relevante personen)
- Als men van mening is dat een welbepaalde casus een waardevolle bijdrage kan leveren en er lessen uit kunnen getrokken worden (bv. over hoe bepaalde organisaties samenwerken)

Terminologie Child Death Review: Verschillend juridisch kader buitenland

Coroner (= UK)

- Onafhankelijk juridisch ambtenaar (advocaat en/of arts)
- Alle niet-natuurlijke, onverwachte, onverklaarde overlijdens
- Functie: onderzoek naar omstandigheden van overlijden (wie, waar, wanneer, hoe), autopsie vorderen

Medical examiner (= VS)

- Door de overheid aangesteld
- Specifiek opgeleide artsen o.a. forensisch pathologen
- Alle niet-natuurlijke, onverwachte, onverklaarde overlijdens
- Functie: doodsoorzaak vaststellen

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

Historiek & evolutie internationaal

- 1) Evolutie: vraag vanuit kindermishandeling naar alle overlijdens van kinderen
- 2) Grondslag in praktijk: lokaal gestart, vaak n.a.v. één specifieke case en zonder verplichting van overheid, en dan nood erkend om uniform systeem nationaal uit te werken
- 3) Duidelijk proces van jaren:
 - eerst onderzoek van alle overlijdens met opstellen van protocols en standaardformulieren
 - vervolgens pas child death review

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

Internationale pijlers CDR programma

A. Structurele pijlers

- Doelstelling
- Overlijdensattestering
- Protocol onverwacht & onverklaard overlijden
- Coördinatie
- Organisatie
- Bevoegde overheid
- Wetgeving

B. Procesmatige pijlers

- Doelgroep
- Leeftijdscategorie
- Mogelijke aanpak van review
- Teamsamenstelling

Structurele pijlers

• Doelstelling

Aard van overlijden en doodsoorzaak achterhalen

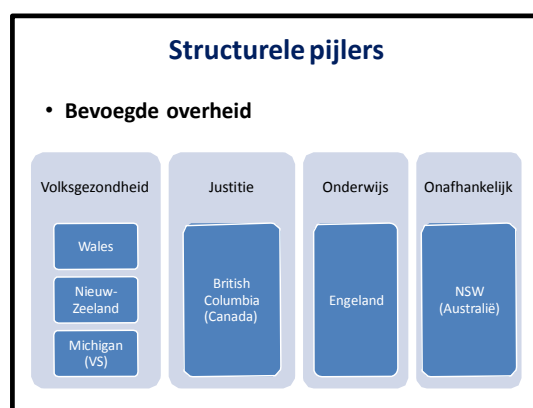
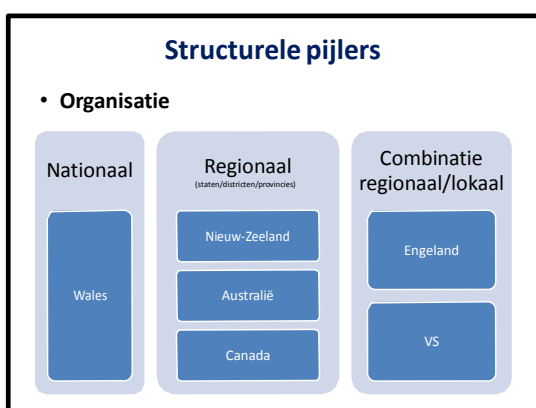
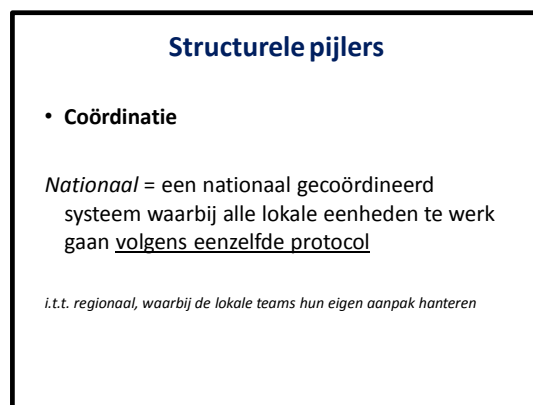
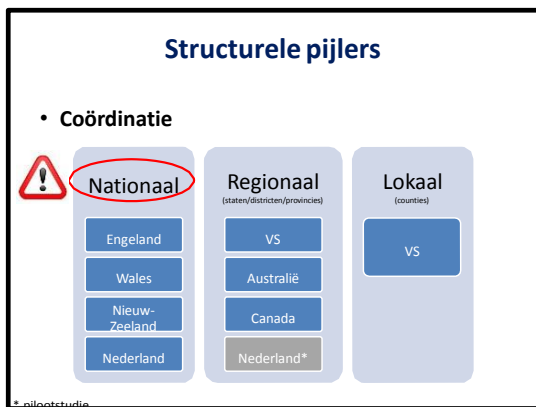
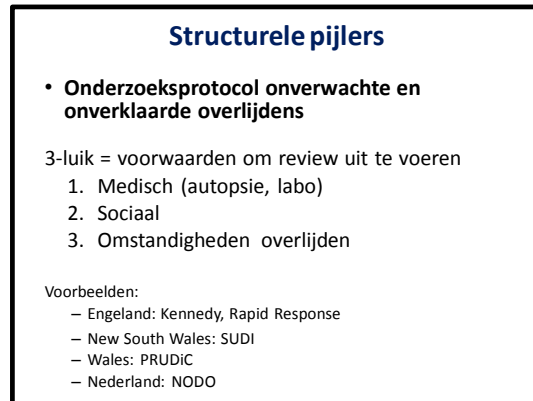
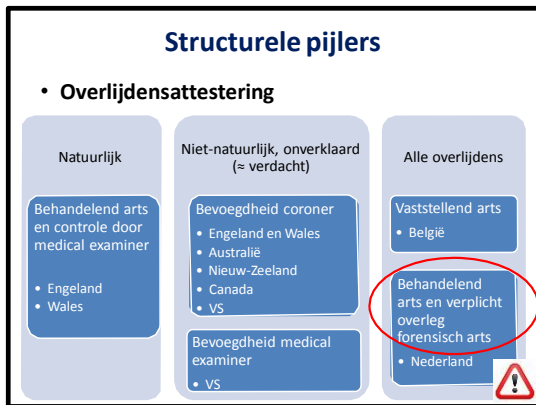
Audit van omstandigheden die aanleiding gaven tot overlijden

Audit van respons op het overlijden

Detectie van modificeerbare factoren in het overlijden: preventie?

Detectie van trends in overlijdenscijfers: preventie?

Combinatie



Structurele pijlers

• Relevante internationale wetgeving

Onderscheid



A. Faciliterend

B. Verplichtend karakter door overheid

Indien B → wetgeving nodig

- Oprichting team
- Samenstelling team
- Bevoegdheden
- Informatie-uitwisseling
- Confidentialiteit
- Privacy
- Taakomschrijving actoren

Internationale pijlers CDR programma

A. Structurele pijlers

- Doelstelling
- Overlijdensattestering
- Protocol onverwacht & onverklaard overlijden
- Coördinatie
- Organisatie
- Bevoegde overheid
- Wetgeving

B. Procesmatige pijlers

- Doelgroep
- Leeftijdscategorie
- Mogelijke aanpak van review
- Teamsamenstelling

Procesmatige pijlers

• Doelgroep



Alle kindersterfgevallen

Engeland
Wales
Nieuw-Zeeland
British Columbia (Canada)
NSW (Australië)*

Eigen criteria

Counties in Michigan (VS)

* uitz. gevallen kindermishandeling

Procesmatige pijlers

• Leeftijdscategorie

0-17j

Engeland
Wales
NSW (Australië)

0-18j

British Columbia (Canada)

29d-17j

Nederland*

28d-24j

Nieuw-Zeeland*

Eigen afbakening

Michigan (VS)*

* ook perinatale review

Procesmatige pijlers

• Mogelijke aanpak van review (= bespreking)



Individuele cases

Engeland

Thematisch (bv. verdrinking)

Wales

Statistieken in hun geheel

NSW (Australië)

Combinatie

British Columbia (Canada)
Nieuw-Zeeland
Michigan (VS)

Procesmatige pijlers

• Samenstelling team: multidisciplinair

- Justitie (parket & zetel)
- Volksgezondheid
- Onderwijs
- Coroner
- Arts (wetsgeneesheer, pediater, ...)
- Politie
- Vertegenwoordiger jeugdhulpvoorzieningen
- Vertegenwoordiger sociale voorzieningen
- Justitie-assistent
- Slachtofferhulp
- Administratieve medewerker

Indien focus op kindermishandeling → specifieke expertise (vb. VK in Vlaanderen)

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport

3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)

- Wat is Child Death Review?
- Terminologie
- Historiek & evolutie internationaal
- Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig

- Voorbeeld: Wales

3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)

- Structureel
- Procesmatig

3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)

4. Besluit

Voorbeeld Wales – CDR programma

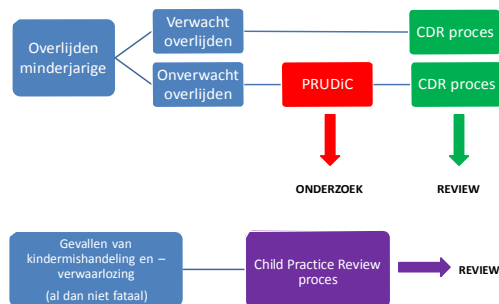
“Child Death Review Programma”

- **Doelstelling:** Het identificeren van trends en oorzaken van kindersterfte, met als doel het formuleren van aanbevelingen ter preventie van vergelijkbare sterfgevallen.
- **Overlijdensattestering:** cf. Internationale pijlers
- **Protocol onverwacht & onverklaard overlijden:** PRUDiC
- **Systeem:** nationaal (gebaseerd op systeem Engeland)
- **Bevoegde overheid:** Public Health Wales
- **Wetgeving:** geen specifieke wetgeving, wel aanpassing bestaande wetgeving (privacy, human right, data protection enz.)

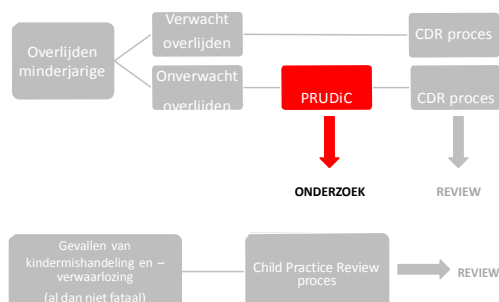
Voorbeeld Wales – CDR programma

- **Doelgroep:** alle overlijdens, omwille van relatief klein aantal/jaar (+/- 250 tot 300)
- **Leeftijdscategorie:** geboorte tot volle leeftijd van 17j
→ prospectief (vanaf 1/10/2009 = piloot)
- **Aanpak van review:** thematisch

Voorbeeld Wales – CDR programma



Voorbeeld Wales – PRUDiC



Voorbeeld Wales – PRUDiC

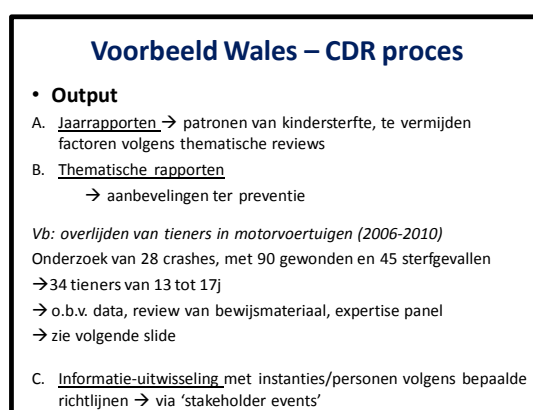
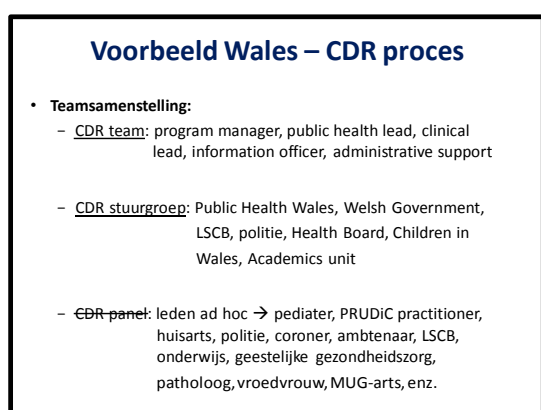
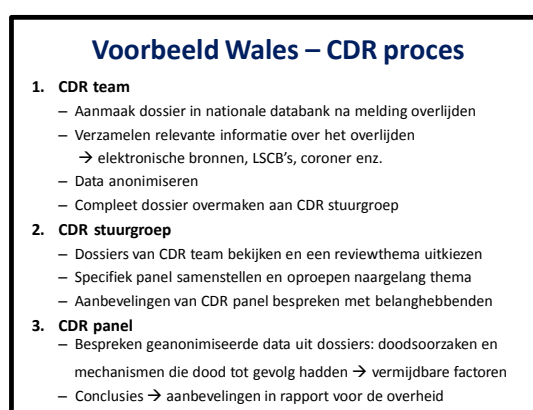
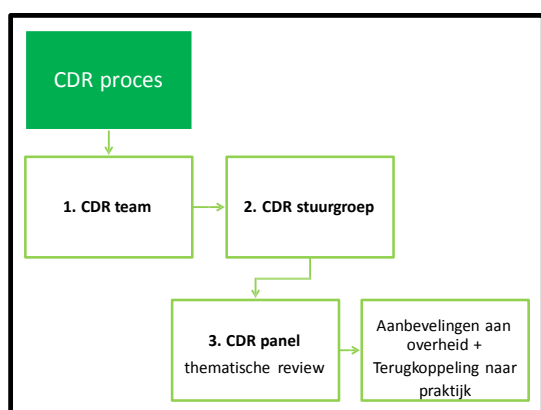
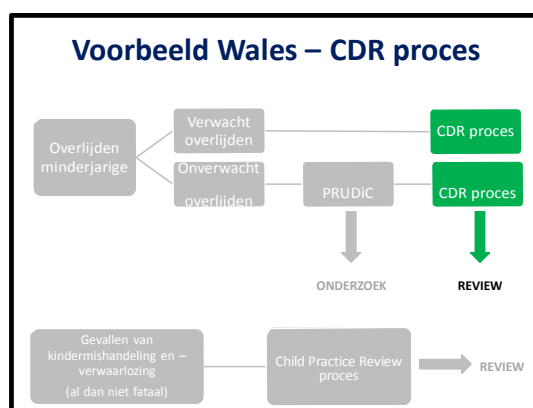
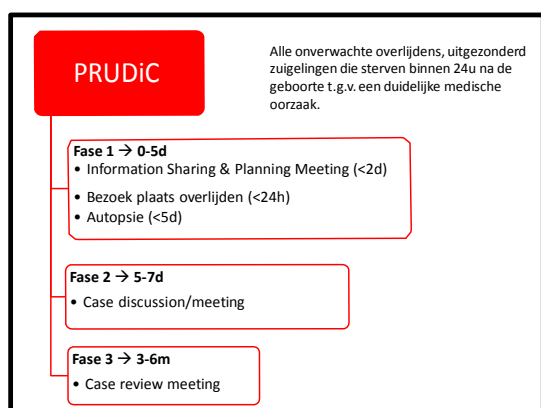
- **Doel:** “to ensure that the response is safe, consistent and sensitive to those concerned, and that there is uniformity across Wales in the multi-agency response to unexpected child deaths”

• Teamsamenstelling:

Alle personen die via hun beroep betrokken waren bij het kind voor of door diens overlijden (o.a. politie, MUG-arts, PRUDiC practitioner, kinderarts, patholoog, Local Safeguarding Children Board's (LSCB), coroner)
→ Onder leiding van de coroner of de PRUDiC practitioner

• Standaardformulieren:

- Formulier ter vaststelling, in overeenstemming met soort overlijden
- Formulier voor aanleveren van informatie door instanties
- Audit tool



Voorbeeld Wales – CDR proces

• Output: rapport m.b.t. overlijden van tieners in motorvoertuigen

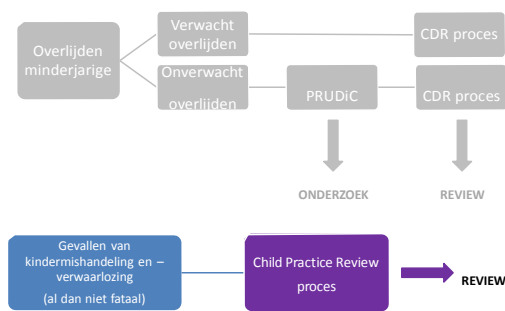
→ Bevindingen:

- Controleverlies is kritische factor (13/28 crashes)
- Niet dragen van gordel is 'modifiable' factor (16/34 tieners)
- Idem alcoholconsumptie door bestuurder (5/22 fataliteiten)
- 's nachts rijden is sleutelfactor (19/28 crashes)

→ Aanbevelingen:

- Partnerschappen uitwerken
- Ingrep van overheid rond rijbewijs jonge bestuurders
- Mechanisme voor regelmatige review verkeersoverlijdens ontwikkelen
- Steun voor het PRUDIC proces
- Bewustmakingscampagne rond risico's voor jonge bestuurders
- Informatie-uitwisseling verbeteren en wetgeving creëren om verzamelen van informatie door CDR team te vergemakkelijken

Voorbeeld Wales – CPR proces



Voorbeeld Wales – CPR proces

“Child Practice Review” (≈ serious case review)

- **Doelstelling:** preventie (“lessen trekken uit”) en verbeteren huidige praktijken
- **Doelgroep:** mishandeling of verwaarlozing minderjarige wordt vermoed of is bekend en minderjarige is (i) overleden of (ii) heeft potentieel levensbedreigende verwonding of (iii) ernstige en blijvende schade van gezondheid opgelopen
- **Leeftijdscategorie:** 0 tot de volle leeftijd van 17j

Voorbeeld Wales – CPR proces

“Child Practice Review”

• Aanpak van review:

- 1) **Beknopte review:** minderjarige 6m vóór overlijden/incident *niet* onder toezicht of
- 2) **Uitgebreide review:** minderjarige 6m vóór overlijden/incident *wel* onder toezicht

- **Teamsamenstelling:** reviewer (onafhankelijk van de case), review panel en vertegenwoordigers van instanties betrokken bij de case

• Standaardformulieren:

- Child Practice Review rapport
- Tijdslijn (wie, wat, wanneer)

Voorbeeld Wales – CPR proces

“Child Practice Review”

1. Voorbereiding review:
 - a) Aanstelling reviewer(s)
 - b) Opstellen genogram (familie in kaart brengen)
 - c) Verzamelen tijdslijn en informatie ≠ instanties (tot 12m vooraf)
 - d) Opstellen samenvattende tijdslijn door review panel
 - e) Familie op de hoogte brengen
2. Review (afronding binnen 6m)
3. “Learning event”: reflectie betrokkenen (familie en instanties)
4. Reviewer stelt rapport en actieplan op
5. Discussie met review panel
6. Feedback aan familie
7. Publicatie rapport, terugkoppeling naar overheid en instanties

Voorbeeld Wales – CPR proces

“Child Practice Review”

Output:

A. **Rapport** (geanonimiseerd): samenvatting omstandigheden vóór overlijden en bevindingen (“welke lessen kunnen getrokken worden”)

B. **Actieplan:** acties die ondernomen kunnen worden

Vb.: vermeende suicide adolescent (rapport 01/2013)

→ problematische opvoedingssituatie

→ zie volgende slide

Voorbeeld Wales – CPR proces

- **Output rapport m.b.t. vermeende suïcide adolescent:**

→ Beoordeling van de case door de reviewers:

- Voorgeschiedenis: betrokkenheid en inzet van verschillende hulpverlenende diensten
- De opvoedingscapaciteit van de ouders
- De ondersteuning door diensten van de school
- Samenwerking tussen verschillende diensten, het al dan niet bestaan van structuren die de samenwerking bevorderen
- Zijn er andere diensten die in het geheel van de 'child welfare' betrokken werden

Voorbeeld Wales – CPR proces

- **Output rapport m.b.t. vermeende suïcide adolescent:**

→ Voorstellen tot verbetering van de praktijk

- Belang van kennis voorgeschiedenis, m.n. opvoedingscapaciteit van de ouders
- Belang toegang tot elektronische informatie om het delen en coördineren van informatie te verbeteren
- Zorgen voor bijstand van de jongere of zijn gezin bij de opvolging en coördinatie van zijn zaak
- Ontwikkelen en versterken van structuren om inter-agency werking te begunstigen
- Ondersteuning van professionals: mogelijkheden tot vorming en effectieve debriefing
- Diensten die rond problemen van volwassenen werken, betrekken bij het verzamelen van informatie om de impact ervan op de jongere beter in te schatten
- Andere diensten betrekken die een bijdrage kunnen leveren in de preventie van de problemen van een kind

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

Kritische randvoorwaarden

A. Structureel

- Doelstelling
- Overlijdensattestering
- Protocol onverwacht & onverklaard overlijden
- Coördinatie
- Organisatie
- Bevoegde overheid
- Wetgeving

B. Procesmatig

- Doelgroep
- Leeftijdscategorie
- Mogelijke aanpak van review
- Teamsamenstelling

Structurele randvoorwaarden

- **Doelstelling**

Combinatie van

- Aard van overlijden en doodsoorzaak
 - Cf. attesteringsproblematiek
 - Cf. protocol onverwacht en onverklaard overlijden
 - Geen systematische autopsie
 - Voldoende expertise in België? Experten in kindermishandeling? → training!
- Audit van omstandigheden en respons
 - Momenteel geen kwalitatieve registratie
 - Kleine geregistreerde aantallen → voorzichtigheid met conclusies
 - Betrokken professionelen auditen a.h.w. zichzelf
- Modificeerbare factoren
 - Kleine geregistreerde aantallen
- Trends
 - Kleine geregistreerde aantallen

Structurele randvoorwaarden

- **Overlijdensattestering**

Internationaal: verplicht overleg met tweede controleorgaan (vb. arts)

Vlaanderen: attesteringsproblematiek
(cf. 1^e stuurgroepvergadering)

Structurele randvoorwaarden

- **Protocol onverwacht onverklaard overlijden**

Internationaal: zie supra (cf. literatuurstudie)

België:

- Momenteel enkel wetgeving autopsiefinanciering bij onverwacht onverklaard overlijden < 18 maanden
- Nood aan uniform verplicht protocol
 - Medisch (autopsie, andere onderzoeken)
 - Sociaal
 - Inspectie plaats en omstandigheden overlijden
 - Afbakening functie en verantwoordelijkheden verschillende actoren

Structurele randvoorwaarden

- **Systeem**

Internationaal: voorkeur voor nationaal gecoördineerd systeem met uniform proces op lokaal niveau

Vlaanderen: nationale coördinatie

Structurele randvoorwaarden

- **Bevoegde overheid**

Internationaal: volksgezondheid

Vlaanderen: te bespreken

→ input stuurgroep

Structurele randvoorwaarden

- **Wetgeving**

Internationaal: wetgeving voor oprichting, samenstelling team, bevoegdheden, informatie-uitwisseling, confidentialiteit, privacy, taakomschrijving actoren, etc.

Vlaanderen: te bespreken wat er praktisch haalbaar is

Kritische randvoorwaarden

A. Structureel

- Doelstelling
- Overlijdensattestering
- Protocol onverwacht & onverklaard overlijden
- Coördinatie
- Organisatie
- Bevoegde overheid
- Wetgeving

B. Procesmatig

- Doelgroep
- Leeftijdscategorie
- Mogelijke aanpak van review
- Teamsamenstelling

Procesmatige randvoorwaarden

- **Doelgroep**

Internationaal: alle overlijdens

Vlaanderen: alle overlijdens mogelijk, maar in begin focus op kindermishandeling

- **Leeftijdscategorie**

Internationaal: 0 tot volle leeftijd van 17j

Vlaanderen: tot volle leeftijd van 17j met exclusie van duidelijke perinatale en neonatale

- **Mogelijke aanpak van review**

Internationaal: individueel, thematisch en statistiek in hun geheel

Vlaanderen: gezien kleine aantallen enkel individuele casebespreking

Procesmatige randvoorwaarden

- **Teamsamenstelling:**

Internationaal: justitie, coroner, politie, volksgezondheid, vertegenwoordiger jeugdhulpvoorzieningen, vertegenwoordiger sociale voorzieningen, arts, slachtofferhulp, ...

Vlaanderen: nog te bespreken

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. Besluit

Voorstel van aanpak CDR in Vlaanderen

- **Doelstelling CDR:**

“Het systematisch identificeren van risicofactoren en -omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden en aldus nagaan welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden. Dit met het oog op het verminderen van het aantal kindersterfgevallen in de toekomst.”

→ Conclusie: audit en detectie van modificeerbare factoren en trends o.b.v. individuele casebesprekingen

Voorstel van aanpak

- **Leeftijdscategorie:** tot volle leeftijd van 17j met exclusie van duidelijke perinatale en neonatale overlijdens
- **Doelgroep:** alle sterfgevallen (natuurlijk, niet-natuurlijk en onverklaard), met focus op kindermis-handeling
- **Aanpak van review:** grondige individuele casebespreking
- **Bevoegde overheid/instantie:** samenwerking departement Volksgezondheid, Welzijn en Gezin & Justitie
→ verplichtend karakter!

Voorstel van aanpak

- **Taakomschrijving**

Lokale CDR: ‘individuele reviews’

- Identificeren van risicofactoren en -omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden (= modificeerbare factoren)
- Conclusie al dan niet vermijdbaar sterfgeval
- Rapporteren en formuleren van aanbevelingen
- Nemen van maatregelen ter preventie van vergelijkbare gevallen

→NB: extrapolatie naar nationaal niveau (cf. attestering overlijden federale materie)

Voorstel van aanpak

- **Samenstelling team**

- Multidisciplinariteit
- Weerspiegeling van doelstelling en invalshoek review
- Niet zomaar extrapoleren uit andere landen

2^e stuurgroepvergadering

1. Presentatie Dhr. Karst: NODO-protocol
2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering
3. Opbouw rapport
 - 3.1 Literatuuroverzicht (Deel 1)
 - Wat is Child Death Review?
 - Terminologie
 - Historiek & evolutie internationaal
 - Internationale pijlers CDR programma
 - Structureel
 - Procesmatig
 - Voorbeeld: Wales
 - 3.2 Kritische randvoorwaarden (Deel 2)
 - Structureel
 - Procesmatig
 - 3.3 Voorstel van aanpak (Deel 3)
4. **Besluit**

Besluit

- **Ver verwijderd van internationale situatie**
 - korte tijdspanne
- **Belangrijke randvoorwaarden invullen**
- **Kleine aantallen** = voordeel
 - mogelijkheid om alles te reviewen (cf. exclusie perinataal en neonataal)
- **Pilootproject**
 - start met alle overlijdens in regio voor in kaart brengen knelpunten en aanpassingen
 - effectiviteit door kleine aantallen?
 - goede piloot nodig voor kans op slagen



Volgende stuurgroepvergaderingen:

18 februari (10 tot 13u - lokaal 21.10)

11 maart (10 tot 13u - lokaal 0.02 A)

- ✓ Prof. Dr. Els De Letter: Els.DeLetter@UGent.be
- ✓ Dr. Ann Verrijckt: Ann.Verrijckt@UGent.be
- ✓ Dr. Karlien Dhondt: Karlien.Dhondt@UGent.be
- ✓ Freja De Middel: Freja.DeMiddel@UGent.be
- ✓ Joy Eliaerts: Joy.Eliaerts@UGent.be

2^e Stuurgroepvergadering 14/01/2014

Aanwezigen: Mevr. Carine De Wilde, Mevr. Proc. Wendy Vanvelthoven, Dhr. Bert Van Puyenbroeck, Mevr. Lieve Krobea, Dr. Kaat Peerenboom, Mevr. Christel De Craim, Dr. Wouter Karst, Mevr. Mter. Sylvie Tack (loco Prof. Tom Balthazar), Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt, Prof. Dr. Michel Piette, Prof. Dr. Els De Letter, Mevr. Freja De Middeleer, Mevr. Joy Eliaerts

Verontschuldigd: Prof. Tom Balthazar

Afwezig: Mevr. Renilde Rens

Uitbreiding stuurgroep

Prof. De Letter meldt dat de stuurgroep – op suggestie van Mevr. De Wilde – werd uitgebreid met Mevr. Proc. Vanvelthoven (Parket Leuven). Mevr. Procureur Vanvelthoven wordt verwelkomd en alvast oprecht bedankt om deel te nemen aan de stuurgroep van dit onderzoeksproject.

1. Presentatie Dr. Karst: NODO-protocol

Mevr. Krobea stelt de vraag of de vermelde kostprijs enkel betrekking heeft op de effectieve onderzoeken van het overlijden of deze ook inclusief de review van de procedure is. Dr. Karst licht toe dat het om de effectieve procedure en de review gaat. De twee NODO-centra hebben elk afzonderlijk twee miljoen euro gekregen. Daarnaast is 600000 euro naar de gemeentelijke instellingen gegaan die de forensisch artsen leverden. De resterende 40000 euro gaat naar de review en de dataopslag. Dat komt op een totaal van drie miljoen euro.

Dr. Karst benadrukt dat alle artsen op de hoogte moeten zijn van het bestaan en de mogelijkheden van de NODO-procedure. Ondanks het verplichtend karakter werd een deel van de minderjarige sterfgevallen in Nederland immers niet gemeld aan een forensisch arts. Dr. Verrijckt stelt daarop de vraag of deze onderrapportering te wijten was aan een communicatieprobleem enerzijds, of het feit dat de procedure niet gedragen werd door de praktijk anderzijds. Dr. Karst beaamt dat dit aanvankelijk puur een communicatieprobleem was. Er werd in de media namelijk weinig aandacht geschonken aan de wetswijziging. Als een arts niet actief op zoek ging naar deze informatie of de media niet actief in het oog hield, dan was hij niet op de hoogte. In de loop van de procedure zijn er niettemin ook enkele problemen geweest met het dragen van de procedure. Dat lijkt de reden te zijn voor de lage meldingscijfers in Amsterdam. Zij zijn na hun allereerste NODO-procedure gestopt met de uitvoering ervan. Bij deze eerste zaak hadden de nabestaanden van het slachtoffer een klacht ingediend tegen de forensisch arts. Deze was aan de ouders vergeten te melden dat de obductie met hun toestemming moest plaatsvinden. De ouders verkeerden daardoor in de veronderstelling dat de volledige procedure, inclusief de obductie, verplicht was. Na de obductie kwamen ze echter te weten dat ze hiervoor geen toestemming hadden gegeven en dat ze deze dus mochten weigeren. Uiteindelijk werd door de ouders een tuchtrechtszaak

gestart tegen de betrokken forensisch arts. Sindsdien zijn er geen casussen meer geweest in Amsterdam.

Tijdens de toelichting omtrent de vervangende toestemming vult Proc. Vanvelthoven aan dat in België reeds een procedure bestaat voor kinderen van getuigen van Jehovah die in principe geen bloedtransfusies mogen ondergaan. In dergelijke casussen kan de rechtbank reeds vervangende toestemming geven.

Mevr. De Wilde komt even terug op de 'voorlopige' stopzetting van het NODO-protocol. Ze stelt de vraag wat de indicatoren zijn voor een mogelijke verderzetting van het protocol. Dr. Karst licht toe dat de financiering de enige rem is. Zodra de gelegenheid geboden wordt, zullen alle inhoudelijke betrokkenen (forensisch artsen, kinderartsen, pathologen) het protocol verderzetten. Ondanks de stopzetting probeert men momenteel toch zo goed als mogelijk een soort van NODO-procedure te bieden aan kinderen die overlijden. Men probeert de ministeries nog steeds te overtuigen van het belang van het NODO-protocol.

Dr. Verrijckt voegt toe dat de financiering een discussiepunt werd na de toewijzing ervan aan het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Zij waren er immers van overtuigd dat het NODO-protocol ingevoerd werd om kindermishandeling te detecteren. Dit discussiepunt moet in de toekomst worden vermeden, ook in België. De doelstelling moet van in het begin duidelijk gecommuniceerd worden.

Prof. De Letter merkt op dat 40000 euro per casus toch een zeer groot bedrag is, vooral naar Belgische normen. Ze stelt vervolgens de vraag waar het merendeel van dit bedrag voor gebruikt wordt. Dr. Karst verduidelijkt dat het geld vooral naar genetisch onderzoek en begeleiding (personeelskost) gaat. In de NODO-centra zijn bijvoorbeeld personen aangesteld die als een communicatiepersoon fungeren naar de ouders toe. Er zijn dus mensen aangenomen voor specifieke functies binnen het protocol.

Dr. Dhondt voegt hieraan toe dat het wiegendoodcentrum in UZ Gent een forfait van 800 euro vraagt per casus.

Prof. Piette stelt de vraag of de vervoersproblematiek te wijten is aan de centralisatie van het protocol, waarbij bijvoorbeeld alle onderzoeken op één locatie uitgevoerd worden. Dr. Karst bevestigt dit.

2. Bespreking en goedkeuring verslag 1^e vergadering

Er worden geen opmerkingen geformuleerd op het 1e stuurgroepverslag waardoor het verslag wordt goedgekeurd.

3. Opbouw rapport

Mevr. De Wilde maakt de opmerking dat in de formulering van het rapport wel degelijk sprake moet zijn van de Vlaamse context i.p.v. de Belgische. Ze haalt daarbij aan dat de randvoorwaarden in Wallonië en Vlaanderen misschien anders zijn.

3.1. Literatuuroverzicht (Deel 1)

- Internationale pijlers CDR programma

Overlijdensattestering

Dr. Verrijckt vraagt toelichting over de samenwerking tussen de behandelend en de forensisch arts binnen de NODO-procedure. Wat als beiden niet dezelfde mening delen omtrent het vermoeden van de aard van overlijden? Dr. Karst licht toe dat eerder de behandelend arts de beslissing zal nemen, met toestemming van de forensisch arts, hoewel men meestal het omgekeerde verwacht. De forensisch arts heeft de leiding over de procedure, maar als de behandelend arts aangeeft dat hij niet overtuigd is van een natuurlijk overlijden wordt de NODO-procedure toch vaak opgestart.

- Voorbeeld Wales

PRUDiC-proces

Mevr. De Craim stelt de vraag of de ouders een plaatsbezoek kunnen weigeren binnen het PRUDiC-proces. Mevr. De Middeleer licht toe dat dit niet mogelijk is. Een plaatsbezoek is steeds verplicht, net als de autopsie.

Proc. Vanvelthoven stelt de vraag of het PRUDiC-onderzoek naast het gerechtelijk onderzoek gevoerd wordt. Gaat het kind onderzocht worden via justitie of wordt het automatisch onderzocht in het PRUDiC-systeem? Dr. Verrijckt vermeldt dat beide processen gelijktijdig verlopen. Proc. Vanvelthoven stelt daarop de vraag of de autopsie in het kader van het gerechtelijk onderzoek uitgevoerd wordt. Mevr. De Middeleer bevestigt dit. In dat geval zal een samenwerking ontstaan tussen de coroner en de PRUDiC-practitioner.

We lichten toe dat in het geval van een niet-natuurlijk overlijden de verzamelde informatie uit het PRUDiC-proces steeds wordt doorgegeven aan het gerechtelijk onderzoek.

Mevr. Krobea stelt de vraag of het PRUDiC-proces start vanaf de melding van het overlijden. We lichten hierbij toe dat dit inderdaad het geval is. Het proces start zo snel mogelijk na het overlijden. Hier benadrukken we nogmaals dat het PRUDiC-proces een onderzoek is en géén child death review. De child death review in Wales gebeurt daarentegen een hele tijd na het overlijden. De review verloopt thematisch en wordt pas uitgevoerd eens de stuurgroep een thema uit de jaarlijkse casussen heeft geïdentificeerd.

Dr. Verrijckt voegt toe dat child death review teams soms tot de conclusie komen dat het overlijden mogelijk verdacht was. Zij mogen echter geen schuldige (persoon/instantie) aanwijzen. Meestal staat in de internationale wetgevingen dat de bevindingen van de review geen conclusies mogen bevatten omtrent de wettelijke schuld. Zij mogen daarentegen wel aanbevelingen bevatten voor de overheid. Bijvoorbeeld: justitie concludeert dat het geen verdacht overlijden was, maar het review team stelt vast dat deze conclusie gebaseerd is op een onderzoek dat niet goed en/of niet grondig genoeg werd aangepakt.

Proc. Vanvelthoven vraagt zich af wat er gebeurt als uit de review blijkt dat het om een niet-natuurlijk overlijden ging. Mag er nog een vervolging ingesteld worden nadat de resultaten van de review bekend gemaakt zijn? De wetgeving internationaal voorziet geen bepalingen voor het eventuele juridische gevolg. Dit is ons inzien een moeilijk gegeven waarop niet onmiddellijk een zwart-wit antwoord kan geformuleerd worden.

Dr. Verrijckt verduidelijkt verder met een voorbeeld: stel dat de politie een aangifte kreeg van een potentieel verdacht overlijden. Na het onderzoek wordt uiteindelijk besloten dat hier geen argumenten voor zijn en men attesteert een natuurlijk overlijden. Wanneer het review team achteraf toch tot de conclusie komt dat het om een verdacht overlijden ging, kan het review team zeggen dat het onderzoek niet ten gronde gevoerd is.

Dhr. Van Puyenbroek merkt echter op dat het niet de bedoeling is naar elkaar met beschuldigende vinger te wijzen.

Mevr. De Wilde benadrukt dat de feedback wel aan justitie moet worden doorgegeven, anders heeft het weinig effect. Proc. Vanvelthoven bevestigt daarbij dat medewerking en financiering vragen aan justitie nogal moeilijk is als zij geen feedback krijgen. De meerwaarde van een review voor hen is namelijk dat een aantal verdachte gevallen toch gedetecteerd wordt.

Mevr. De Middeleer herhaalt dat de conclusie van een niet-natuurlijk overlijden vooral zal voortkomen uit het onderzoek en niet uit de review. Het onderzoek zelf (vb. PRUDiC) zal bepalen of het een onverklaard of een niet-natuurlijk overlijden is.

Proc. Vanvelthoven stelt daarop de vraag of justitie tijdens het onderzoek moet ingelicht worden van vermoedens van niet-natuurlijk overlijden. Dr. Verrijckt bevestigt dit en verduidelijkt nogmaals dat tijdens het review proces alle sterfgevallen bekeken worden, ook die waarvan het gerechtelijk onderzoek al afgerond is.

Dr. Verrijckt voegt toe dat casussen zelden met naam en toenaam benoemd worden. Meestal worden de data geanonimiseerd. In België is anonimiteit een zeer relatief gebeuren, vermits het kleine aantallen zijn. Er blijft een grijze zone aanwezig, aangezien alle betrokkenen wel weten om welk geval het gaat.

Prof. Piette merkt op dat dit probleem, waarbij het onderzoeksteam justitie nog op de hoogte moet brengen van een vermoeden van niet-natuurlijk overlijden, zich in Wales waarschijnlijk niet zal voordoen. Binnen PRUDiC zetelt immers een politie-inspecteur die in contact staat met de coroner. De inspecteur zal de coroner dus onmiddellijk op de hoogte kunnen brengen als het om een verdacht overlijden gaat.

Proc. Vanvelthoven stelt zich de vraag of de coroner niet tot justitie behoort. Kan het een advocaat of een arts zijn? Mevr. De Middeleer verklaart dat de coroner een aparte functie bekleedt waarvoor geen vergelijking bestaat in Vlaanderen. Mevr. Eliaerts voegt hieraan

toedat coroners tot justitie behoren, maar toch onafhankelijk werken. De coroner voert een onderzoek uit (en vordert een autopsie indien nodig).

Dr. Verrijckt komt terug op de Belgische situatie, waar de beslissing (al dan niet gerechtelijk geneeskundig bezwaar) bij de attesterende arts ligt.

Prof. De Letter is van mening dat PRUDiC een vrij sluitend systeem is. Er zullen waarschijnlijk weinig overlijdens tussen de mazen van het net glippen.

Mevr. Krobea merkt op dat het dossier van het CDR team pas na de melding van het overlijden aangemaakt wordt. Ze stelt zich daarbij de vraag of de review pas na afronding van het PRUDiC-onderzoek van start gaat. Mevr. De Middeleer licht toe dat PRUDiC inderdaad eerst afgerond wordt, waarop zij de melding van het overlijden doorgeven aan het CDR team. Pas dan gaat de review van start. Dr. Verrijckt vult daarbij aan dat PRUDiC enkel bij onverwachte overlijdens opgestart wordt. Een arts kan het overlijden als natuurlijk attesteren en dan wordt rechtstreeks gecommuniceerd aan het child death review team dat het kind gestorven is aan een natuurlijke dood (bv. aan een pneumonie) .

Child Practice Review proces

Mevr. De Wilde vraagt zich af wat men bedoelt met kinderen die 'onder toezicht' stonden? Mevr. Eliaerts licht toe dat men het in de richtlijnen omschrijft als "A child in care" en dit is een ruimomvattend begrip. Het kan zijn dat de kinderen geplaatst waren, maar het kan ook dat ze bij hun ouders wonen en onder begeleiding staan.

Mevr. De Wilde vraagt of een residentiële voorziening hier ook onder valt.

Dr. Verrijckt vult aan: dit geldt van zodra er een melding is geweest en het gezin extra begeleiding kreeg, onder welke vorm dan ook. Dit kan zeer beperkt zijn (alarmerende fase bij Kind en Gezin) tot een kind dat geplaatst is.

Dhr. Van Puyenbroek vraagt vervolgens of het dan enkel gaat om fysieke mishandeling? Mevr. Eliaerts licht toe dat alle vormen van mishandeling/verwaarlozing (ook emotionele mishandeling of een problematische opvoedingssituatie) hier onder vallen.

Dr. Verrijckt vult aan dat het ook kan zijn dat er ergens een aanvoelen is dat er iets niet goed gelopen is en men uit deze casus lessen wil trekken. Er is bijvoorbeeld een hulpverlener die vindt dat het organisatorisch of communicatief niet goed gelopen is (onafhankelijk van de ernst van de letsels) en men vindt dat er hier iets preventief mee moet gebeuren.

Mevr. Eliaerts licht toe dat het gaat om pure review ('audit') van het proces met als doel om preventieve maatregelen te distilleren.

Meester Tack vraagt zich af of er rekening wordt gehouden met de privacy van de minderjarige wanneer de familie op de hoogte wordt gebracht. Mevr. Eliaerts licht toe dat het niet de bedoeling is om gezondheidsinformatie te delen met de ouders, maar men wil toetsen

of het hulpverleningsproces goed verlopen is. Prof. De Letter vult aan dat het niet de bedoeling is om alle informatie van de review aan de ouders te geven. Meester Tack repliceert hierop dat er rekening moet gehouden worden met de privacywetgeving m.b.t. medische informatie (basisrechten) bij het formuleren van ons voorstel.

Mevr. Krobea vraagt zich af wie het Child Practice Review proces initieert? En hoe hangt dit samen met justitie? Mevr. Eliaerts licht toe dat Local Safeguarding Children Boards (LSCB's) beslissen of er een Child Practice Review wordt opgestart. Dit gebeurt onafhankelijk van Justitie. Dr. Verrijckt bevestigt dat LSCB's instanties zijn die men op lokaal niveau heeft ingeroepen.

Proc. Vanvelthoven maakt de opmerking dat men moet oppassen dat de reviews het gerechtelijk onderzoek niet in het gedrang brengen. Het is belangrijk dat het gerechtelijk onderzoek is afgerond vooraleer een review plaatsvindt.

Dr. Verrijckt vult aan dat reviews inderdaad plaatsvinden op langere termijn.

Mevr. Krobea vraagt zich af hoe dit kan vertaald worden naar het Vlaamse niveau.

Mevr. De Wilde stelt zich de vraag of men zoiets niet kan doen op het niveau van de arrondissementele raden.

Dr. Verrijckt bevestigt dat de vertaalbaarheid niet evident is. In Wales werken LSCB's op lokaal niveau. Zoiets hebben wij nog niet in België.

Proc. Vanvelthoven merkt op dat ze in België al heel lang verlangen naar een multidisciplinair team voor het uitvoeren van een onderzoek. Het is raar om nu enkel een review team op te starten dat achteraf pas alles gaat bekijken.

Dr. Verrijckt bevestigt dat het momenteel eigenlijk onmogelijk is om een child death review op te starten in België zolang de eerste fase, nl. het onderzoek (een gesystematiseerde aanpak) van overlijdens nog niet op punt staat. Het heeft geen zin om het proces te auditen als er geen proces is. Wij zitten in België nog met heel veel stappen vooraleer we echt een review kunnen starten. Als je nu gaat reviewen ga je als conclusie krijgen dat er een onderzoeksprotocol moet worden uitgewerkt.

Mevr. De Craim merkt op dat een review betrekking heeft op "hoe zijn de organisaties omgegaan met deze situatie". Is er hier een falen van hulpverlening, justitie, politie, enz. en wat kunnen we hier aan doen in de toekomst?

Dr. Verrijckt geeft een praktisch voorbeeld. Als we geconfronteerd worden met een dooreengeschudde zuigeling (waarbij hulpverlening reeds betrokken was voor het overlijden) op intensieve zorgen, gebeurt er in de huidige situatie geen audit. Mter. Tack bevestigt dat het daarom belangrijk is dat het gerechtelijk onderzoek eerst volledig is afgerond. Een parallel onderzoek terwijl er nog geen einduitspraak is en er nog een vermoeden van onschuld is, dat gaat niet.

Mevr. Krobea herhaalt het opzet van de review. Er mogen geen juridische gevolgen aan gekoppeld zijn. Het is een keuze die we moeten maken. Als er achteraf fouten aan het licht komen, moeten we hieruit leren naar de toekomst toe.

Dr. Verrijckt vult hierbij aan dat men in bepaalde landen de wetgeving heeft gewijzigd. We wensen hierbij toe te lichten dat het review team geen schuldige(n) mag aanwijzen. Men beoogt lessen te trekken. Het is niet duidelijk of er specifieke juridische gevolgen mogelijk zijn. Maar het zal hier over een grijze zone gaan, niet over een autopsie waar men een schotwonde heeft gemist. Het zullen uitzonderlijke gevallen zijn waar de autopsie bijvoorbeeld niets heeft aangetoond.

Mevr. De Wilde vraagt zich af wat er gebeurt als de review medische fouten aan het licht brengt. Hebben de ouders dan geen recht om dit te weten? Dr. Verrijckt haalt aan dat de review niet zal werken als er aan de medewerking van de betrokkenen een potentiële vervolging hangt. Dhr. Van Puyenbroek haalt aan dat een goede werking onmogelijk is als we elkaar het mes op de keel zetten.

4. Besluit

Er worden geen specifieke opmerkingen geformuleerd.

We zijn in Vlaanderen nog heel ver verwijderd van de internationale situatie. Er zullen nog belangrijke randvoorwaarden moeten ingevuld worden vooraleer over te gaan tot - enerzijds - een effectief grondig onderzoek van alle overlijdens bij kinderen tot de volle 17 jaar en - anderzijds - een goede Child Death Review.

Een goed pilootproject waarbij alle onverklaarde overlijdens grondig onderzocht worden dringt zich vooreerst op, waarbij alle knelpunten en noodzakelijke aanpassingen in kaart kunnen gebracht worden. Dit moet haalbaar zijn vermits de aantallen, in vergelijking met de ons omgevende landen, klein zullen zijn. Deze relatief kleine aantallen die te verwachten zijn in Vlaanderen en Brussel, zouden een review van alle overlijdens mogelijk moeten maken.

Bijlage 4: 3^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag

Child Death Review

3^e stuurgroepvergadering: 18 februari 2014

Onderzoeksgroep:

- ✓ UZ Gent: Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt
- ✓ Forensisch Instituut – Universiteit Gent:
Prof. Dr. Els De Letter
Freja De Middeleer & Joy Eliaerts

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilootstudie
5. Besluit

2

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. **Situering project**
3. Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilootstudie
5. Besluit

3

2. Situering project

1^{ste} stuurgroepvergadering (10/12/13)

- Toelichting project
- Situering huidige praktijk en knelpunten

2^{de} stuurgroepvergadering (14/01/14)

- Internationaal literatuuroverzicht CDR
- Kritische randvoorwaarden
- 1^{ste} voorstel van aanpak

3^{de} stuurgroepvergadering (18/02/14)

- Grondige analyse van juridische en andere randvoorwaarden
- Voorstel van aanpak onderzoeksprotocol en Child Death Review

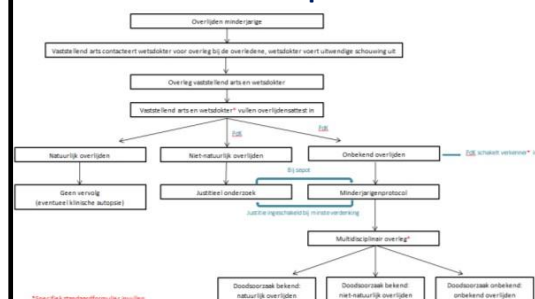
4

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. **Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel**
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilootstudie
5. Besluit

5

3.1 Overlijdensattestering: verloop



6

3.1 Overlijdensattestering: verloop

- Vaststellend arts contacteert wetsdokter voor overleg bij de overledene
- Wetsdokter voert uitwendige schouwing uit
- Overleg tussen vaststellend arts en wetsdokter om aard van overlijden (natuurlijk, niet-natuurlijk, onbekend) te bepalen
 - Bij niet-natuurlijke overlijdens: wetsdokter contacteert Pdk en Pdk schakelt Plaats Delict team in
 - Bij onbekende overlijdens: wetsdokter contacteert Pdk en Pdk schakelt verkenner in → opstart minderjarigenprotocol
 - Bij onenigheid: wetsdokter contacteert Pdk → opstart minderjarigenprotocol
- Wetsdokter en verkenner (indien ingeschakeld) vullen standaardformulieren in
- Vaststellend arts en wetsdokter vullen overlijdensattest in: natuurlijk of niet-natuurlijk of onbekend overlijden
- Overlijdensattest wordt enkel aanvaard door ambtenaar burgerlijke stand indien handtekening beide artsen

7

3.1 Overlijdensattestering: randvoorwaarden

Juridische (Burgerlijk Wetboek art.78; KB 17 juni 1999)

- Vaststellend arts contacteert wetsdokter voor verplicht overleg bij overledene
- Nieuw overlijdensattest
 - Invoeren model <18j en >18j
 - 3 nieuwe opties op strook A: natuurlijk, niet-natuurlijk en onbekend overlijden
 - 2 handtekeningen (vaststellend arts + wetsdokter) vereist
 - Ambtenaar burgerlijke stand aanvaardt enkel overlijdensattest met 2 handtekeningen

8

3.1 Overlijdensattestering: randvoorwaarden

Andere

- Draagvlak creëren bij betrokken beroepsgroepen
- Informatiecampagne bij betrokken beroepsgroepen
- Opleiding van betrokken beroepsgroepen
- Middelen voor opleiding geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde

9

3.1 Overlijdensattestering

Numerus van de overlijdensakte:

Geslacht van de overledene: ☐ mannelijk ☐ vrouwelijk ☐ onbepaald

Gerechtelijke geneeskundig tekenen bevestigd of creatieve ☒ ja ☐ nee

Bloedvlek tegen schending van het lichaam (2) ☐ ja ☐ nee

Verspreide onmiddellijke kleding ☐ ja ☐ nee

• in een hermetische kast (3) ☐ ja ☐ nee

• in een gesloten kast (4) ☐ ja ☐ nee

Bloedvlek tegen eventuele ☐ ja ☐ nee

• crematie (5) ☐ ja ☐ nee

• conserveringstechnieken (6) ☐ ja ☐ nee

• vervoer zonder kast (7) ☐ ja ☐ nee

Risico voor blootstelling aan versierende stoffen (8) ☐ ja ☐ nee

Ik, die tekent, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RZV nummer),

verklaar dat ik de op uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

10

Numerus van de overlijdensakte:

Geslacht van de overledene: ☐ mannelijk ☐ vrouwelijk ☐ onbepaald

Natuurlijk overlijden ☐ ja ☐ nee

Niet-natuurlijk overlijden ☐ ja ☐ nee

Onbekend overlijden ☐ ja ☐ nee

Bloedvlek tegen schending van het lichaam (2) ☐ ja ☐ nee

Verspreide onmiddellijke kleding ☐ ja ☐ nee

• in een hermetische kast (3) ☐ ja ☐ nee

• in een gesloten kast (4) ☐ ja ☐ nee

Bloedvlek tegen eventuele ☐ ja ☐ nee

• crematie (5) ☐ ja ☐ nee

• conserveringstechnieken (6) ☐ ja ☐ nee

• vervoer zonder kast (7) ☐ ja ☐ nee

Risico voor blootstelling aan versierende stoffen (8) ☐ ja ☐ nee

Ik, die tekent, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RZV nummer),

verklaar dat ik de op uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

Ik, die tekent, erkend geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde/assistent in opleiding (schrijf wat niet past) (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RZV nummer indien mogelijk)

verklaar dat ik de op uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer-specialist/assistent in opleiding

11

3.1 Overlijdensattestering

Natuurlijk overlijden

- Wetsdokter én vaststellend arts kruisen op overlijdensattest “natuurlijk overlijden” (strook A) aan, na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg
- Vrijgave lichaam

3.1 Overlijdensattestering

Niet-natuurlijk overlijden

- Wetsdokter én vaststellend arts kruisen op overlijdensattest “niet-natuurlijk overlijden” (strook A) aan, na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg
- PdK wordt verwittigd door wetsdokter. PdK vordert het Plaats Delict team
- Justitieel onderzoek
- Wegens voorafgaande betrokkenheid wetsdokter dient andere wetsdokter te worden gevorderd om onafhankelijkheid en onpartijdigheid te vrijwaren
- Inbeslagname lichaam

13

3.1 Overlijdensattestering

Onbekend overlijden

- Wetsdokter én vaststellend arts kruisen op overlijdensattest “onbekend overlijden” (strook A) aan, na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg
- PdK wordt op de hoogte gebracht door wetsdokter. PdK vordert een verkenner.
- Geen vrijgave lichaam
- **Minderjarigenprotocol** (NB: ook bij seponering door PdK)

NB: Onbekend = “het overlijden waarbij geen onmiddellijke aard van overlijden kan worden aangewezen”

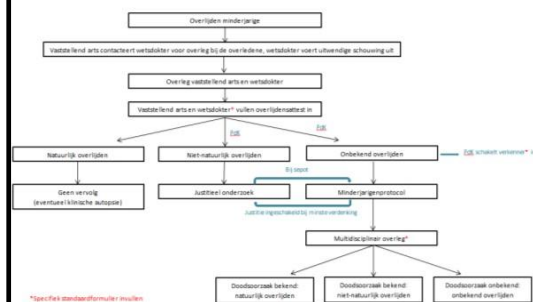
14

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. **Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel**
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilotstudie
5. Besluit

15

3.2 Minderjarigenprotocol



16

3.2 Minderjarigenprotocol

A. Structureel

- Doelstelling
- Organisatie
- Juridische randvoorwaarden

B. Procesmatig

- Leeftijdscategorie
- Doelgroep
- Teamsamenstelling
- Verloop
- Juridische randvoorwaarden

17

3.2 Minderjarigenprotocol: structureel

• Doelstelling:

- het achterhalen van de doodsoorzaak en het in kaart brengen van de omstandigheden en factoren die de, in eerste instantie onbekende, dood tot gevolg hadden

• Organisatie

- minderjarigencentra gecentraliseerd in erkende ziekenhuizen
 - erkenningscriteria

18

3.2 Minderjarigenprotocol: structureel

- **Juridische randvoorwaarden** (Wet 26 maart 2003; KB 27 april 2007)
 - Uitbreiding wiegendoodprotocol (<18m) naar minderjarigenprotocol (<18j)
 - Terminologie “onverwacht en medisch onverklaard overlijden” veranderen naar “aard van overlijden onbekend”
 - “Wiegendoodcentra” worden “minderjarigencentra” → erkenningscriteria bepalen
 - Pdk heeft begin- en eindbevoegdheid

19

3.2 Minderjarigenprotocol

- | | |
|---|---|
| A. Structureel | B. Procesmatig |
| <ul style="list-style-type: none">– Doelstelling– Organisatie– Juridische randvoorwaarden | <ul style="list-style-type: none">– Leeftijdscategorie– Doelgroep– Teamsamenstelling– Verloop– Juridische randvoorwaarden |

20

3.2 Minderjarigenprotocol: procesmatig

- **Leeftijdscategorie:**
 - tot volle leeftijd van 17j
- **Doelgroep:**
 - aard van overlijden onbekend
- **Teamsamenstelling: expertise!**
 - multidisciplinair team
 - Pediatrische subdisciplines (cardioloog, pneumoloog, radioloog, arts met expertise in kindermishandeling,...)
 - Wetsdokter
 - Verkenner

21

3.2 Minderjarigenprotocol: procesmatig

- **Verloop:**
 - Pdk wordt op de hoogte gebracht van een “onbekend overlijden” door wetsdokter. Pdk neemt lichaam in beslag en vordert een verkenner
 - Minderjarigencentrum wordt gecontacteerd door vaststellend arts of wetsdokter
 - Minderjarigenprotocol bestaat uit 3 luiken:
 - Luik 1: omstandigheden van overlijden
 - Luik 2: uitwendige schouwing, autopsie en aanvullende diagnostiek
 - Luik 3: medische, sociale en justitiële voorgeschiedenis
 - Eindconclusie: multidisciplinair overleg

22

3.2 Minderjarigenprotocol: procesmatig

- **Juridische randvoorwaarden** (Wet 26 maart 2003; KB 27 april 2007)
 - Toestemming autopsie vragen aan ouders of echtgenoot bij ontvoogde minderjarigen
 - Lichaam overbrengen naar een erkend centrum
 - Vrijgave lichaam door Pdk

23

3.2 Minderjarigenprotocol: procesmatig

- **Andere randvoorwaarden**
 - Financiering onderzoeken
 - Opleiding verkenner

24

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. **Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel**
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilootstudie
5. Besluit

25

3.2 CDR in Vlaanderen & Brussel

A. Structureel

- Doelstelling
- Bevoegde overheid
- Organisatie
- Juridische randvoorwaarden

B. Procesmatig

- Leeftijdscategorie
- Doelgroep
- Dataverzameling
- Aanpak van review
- Teamsamenstelling
- Juridische randvoorwaarden

26

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: structureel

• Doelstelling CDR:

“Het systematisch identificeren van risicofactoren en -omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden en aldus nagaan welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden. Dit met het oog op het verminderen van het aantal kindersterfgevallen in de toekomst.”

27

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: structureel

• Bevoegde overheid:

- departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

• Organisatie:

- één coördinerend orgaan (onder departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)
- lokale CDR teams (in universitaire ziekenhuizen)
- één Vlaamse CDR (onder departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

28

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: structureel

• Juridische randvoorwaarden:

- Oprichting Child Death Review in wet vastleggen:
 - Maatschappelijke noodzaak om informatie te verzamelen aantonen

29

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel

A. Structureel

- Doelstelling
- Bevoegde overheid
- Organisatie
- Juridische randvoorwaarden

B. Procesmatig

- Leeftijdscategorie
- Doelgroep
- Dataverzameling
- Aanpak van review
- Teamsamenstelling
- Juridische randvoorwaarden

30

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

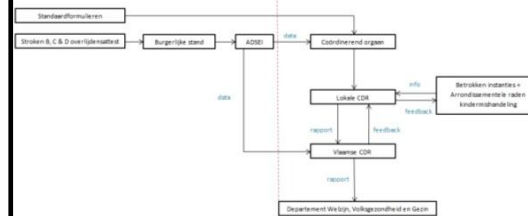
- **Leeftijdscategorie:**
 - tot volle leeftijd van 17j met exclusie van duidelijke neonatale overlijdens
- **Doelgroep:**
 - alle overlijdens, met focus op kindermishandeling

31

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

DATAVERZAMELING

REVIEW



32

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Dataverzameling:**
 - overlijdensattest doorsturen naar burgerlijke stand
 - burgerlijke stand stuurt alles door naar ADSEI (cfr. NIS)
 - standaardformulieren (verkenner, wetsdokter, multidisciplinair team minderjarigenprotocol) doorsturen naar coördinerend orgaan
 - coördinerend orgaan verwerkt formulieren in databank
 - coördinerend orgaan heeft toegang tot databanken en bereidt review voor

33

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Aanpak van review: (1) coördinerend orgaan**
 - wordt op de hoogte gebracht van overleden minderjarige door ADSEI
 - brengt verantwoordelijke lokale CDR op de hoogte van casus → de review wordt uitgevoerd door niet-dichtstbijzijnde UZ (! onpartijdigheid)
 - verzamelt alle info uit databanken
 - kijkt welke instanties betrokken zijn
 - brengt betrokken instanties op de hoogte en vraagt om informatie
 - beoordeelt volledigheid informatie

34

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Aanpak van review: (2) lokale CDR's**
 - Lokale CDR in UZ wordt door coördinerend orgaan op de hoogte gebracht van overlijden minderjarige
 - krijgt informatie van coördinerend orgaan
 - ev. ad hoc experten uitnodigen
 - bespreken casus ("grondig en individueel")
 - ev. mondeling gesprek met betrokken instanties

35

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Aanpak van review: (2) lokale CDR's**
 - opstellen verslag met conclusies:
 - modificeerbare factoren identificeren
 - was het overlijden vermijdbaar?
 - aanbevelingen formuleren naar lokaal en Vlaams niveau
 - geplande maatregelen aan betrokkenen communiceren
 - doorsturen rapport naar Vlaamse CDR
 - feedback aan betrokken instanties
 - Indien kindermishandeling → review door arrondissementale raden kindermishandeling? (cfr. expertise)
 - ouders worden niet betrokken in review

36

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Aanpak van review: (3) Vlaamse CDR**
 - krijgt verslagen van lokale CDR's en bespreekt de lokale aanbevelingen
 - stelt statistisch jaarrapport op met behulp van gegevens uit ADSEI databank
 - maakt jaarrapport openbaar en stuurt rapport door naar departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 - feedback aan lokale CDR's
 - formuleert aanbevelingen

37

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Teamsamenstelling: multidisciplinair!**
 - Coördinerend orgaan
 - Arts ADSEI
 - Juriste departement Welzijn, Volksgezondheid en gezin
 - Polyvalent administratief medewerker departement Welzijn, Volksgezondheid en gezin
 - Lokale CDR
 - Te bespreken
 - Vaste kern (artsen UZ, huisartsenroepel, CLB en Kind & Gezin)
 - Ad hoc-leden (forensisch arts, VK, verkenner, justitie, maatschappelijk werker, psycholoog,...)
 - Vlaamse CDR
 - Te bespreken
 - Vaste kern (arts ADSEI, verantwoordelijke departement Welzijn, Volksgezondheid en gezin,...)

38

3.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: procesmatig

- **Juridische randvoorwaarden:**
 - Discretieclausule door betrokkenen laten ondertekenen

39

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. **Pilootstudie**
5. Besluit

40

4. Pilootstudie

- Gerechtelijk arrondissement Gent
- Actoren:
 - Parket Gent
 - Politie Gent (lokale recherche)
 - Wetsdokters
 - UZ Gent (wiegendoodcentrum)
 - Huisartsen, MUG-artsen, ...
- Randvoorwaarden:
 - Draagvlak
 - Financiering

41

4. Pilootstudie

3 aspecten:

- ☐ Overlijdensattestering
- ☐ Minderjarigenprotocol
- ☐ Child Death Review: lokale CDR

42

4. Pilotstudie: overlijdensattestering

- Vaststellend arts contacteert wetsdokter voor overleg bij de overledene
- Wetsdokter voert uitwendige schouwing uit
- Overleg tussen vaststellend arts en wetsdokter om aard van overlijden te bepalen
 - Bij niet-natuurlijke overlijdens: wetsdokter contacteert PdK en PdK schakelt Plaats Delict team in
 - Bij onbekende overlijdens: wetsdokter contacteert PdK en PdK schakelt verkenner in → opstart minderjarigenprotocol
 - Bij onenigheid: wetsdokter contacteert PdK → opstart minderjarigenprotocol

43

4. Pilotstudie: overlijdensattestering

Verkenner (≈ proefproject politie Gent)

- Door PdK ingeschakeld bij onbekende overlijdens, op vraag van wetsdokter
- Officier lokale recherche, sectie jeugd (“in burger”)
- Onderzoekt plaats van overlijden
- Verzamelt informatie over context (bv. juridische en medische antecedenten) → cfr. standaardformulier

44

4. Pilotstudie: overlijdensattestering

- Vaststellend arts vult overlijdensattest in:
 - Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar “nee” aankruisen bij natuurlijk overlijden
 - Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar “ja” aankruisen bij niet-natuurlijke en onbekende overlijdens
- Vaststellend arts en wetsdokter vullen voorlopig model overlijdensattest* in en ondertekenen beide (*uitsluitend voor pilotstudie)
- Wetsdokter en verkenner (indien ingeschakeld) vullen standaardformulieren in

45

Nummer van de overlijdensakte: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Gedacht van de verkenner: ☐ + natuurlijke ☐ + onnatuurlijk ☐ + onbekend

Natuurlijke overlijden	Niet-natuurlijke overlijden	Onbekend overlijden
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Oorzaken liggen:		
schending van het lichaam (2) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
vergiftiging overbodige voeding <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
• in een thermische kast (3) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
• in een geneesmiddel (4) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Oorzaken liggen anderszins:		
• verstikking (5) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
• consensuuseingrepen (6) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
• vervoer zonder kast (7) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Risico voor identificatie van geneeskunde (8) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		

Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RZIV nummer), verklaar dat ik de _____ om _____ uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer:

Ik, die teken, eventueel geneesheer-specialist in de gerechtelijke geneeskunde/assistent in opleiding (schrijf wat niet past) (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RZIV nummer indien mogelijk) verklaar dat ik de _____ om _____ uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer-specialist/assistent in opleiding:

4. Pilotstudie: overlijdensattestering

Natuurlijk overlijden

- Geen vervolg

Niet-natuurlijk overlijden

- Justitieel onderzoek

Onbekend overlijden

- **Minderjarigenprotocol** (NB: ook bij seponering door PdK)
 - Inbeslagname lichaam door parket Gent
 - Vervoer lichaam naar wiegendoodcentrum UZ Gent (wordt tijdelijk minderjarigencentrum)

47

4. Pilotstudie: minderjarigenprotocol

• **Teamsamenstelling: expertise!**

- multidisciplinair team UZ Gent
 - Pediatrische subdisciplines (cardioloog, pneumoloog, radioloog, arts met expertise in kindermishandeling,...)
 - Wetsdokter
 - Verkenner

48

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Verloop:**
 - Wetsdokter én vaststellend arts kruisen na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg op overlijdensattest aan: “onbekend overlijden” (strook A)
 - PdK wordt op de hoogte gebracht door wetsdokter. PdK neemt lichaam in beslag en vordert een verkenner.
 - Minderjarigencentrum wordt gecontacteerd door vaststellend arts of wetsdokter
 - Vervoer naar minderjarigencentrum wordt zo snel mogelijk geregeld

49

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Verloop:**
 - Minderjarigenprotocol bestaat uit 3 luiken:
 - **Luik 1: omstandigheden van overlijden**
 - **Luik 2: uitwendige schouwing, autopsie en aanvullende diagnostiek**
 - **Luik 3: medische, sociale en justitiële voorgeschiedenis**
 - Eindconclusie: multidisciplinair overleg

50

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Luik 1: omstandigheden van overlijden:**
 - Inspectie plaats van overlijden of van terminaal event
 - Wetsdokter contacteert PdK die verkenner ter plaatse laat komen
 - Verkenner voert grondige inspectie uit van plaats van overlijden of van terminaal event (cfr. supra)
 - Informatie exacte omstandigheden van overlijden
 - Verkenner (cfr. standaardformulier supra)

51

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Luik 2: uitwendige schouwing, autopsie, aanvullende diagnostiek**
 - Coördinerend kinderarts minderjarigenprotocol vangt ouders op en informeert hen (cfr. folder voor ouders)
 - Multidisciplinair team (cfr. supra) overlegt over noodzaak autopsie en aanvullende diagnostiek
 - Goedkeuring autopsie wordt gevraagd aan ouders
 - Indien weigering autopsie, beslist multidisciplinair team over al dan niet doorverwijzing parket
 - Na autopsie: multidisciplinair team informeert PdK, die beslist tot vrijgave lichaam

52

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Luik 3:**
 - Medische voorgeschiedenis (taak vaststellend arts of coördinerend kinderarts minderjarigenprotocol)
 - Sociale en justitiële voorgeschiedenis (cfr. taak verkenner)

53

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Verloop:**
 - Minderjarigenprotocol bestaat uit 3 luiken:
 - **Luik 1: omstandigheden van overlijden**
 - **Luik 2: uitwendige schouwing, autopsie en aanvullende diagnostiek**
 - **Luik 3: medische, sociale en justitiële voorgeschiedenis**
 - **Eindconclusie: multidisciplinair overleg**

54

4. Pilootstudie: minderjarigenprotocol

- **Eindconclusie: multidisciplinair overleg**
 - Conclusie over aard van overlijden (binnen ± 1 week)
 - Conclusie over doodsoorzaak (na onderzoeksresultaten)
 - PdK op de hoogte brengen van conclusie: vrijgave lichaam
 - Informeren ouders over uitkomst onderzoek (doodsoorzaak, ev. gevolgen voor andere familieleden,...)
 - Invullen standaardformulier
 - met oog op **Child Death Review**

55

4. Pilootstudie: Child Death Review

- **Doelgroep:** alle onbekende overlijdens <18j
- **Dataverzameling:**
 - Standaardformulieren (verkenner, wetsdokter, multidisciplinair team UZ) en voorlopig model overlijdensattest worden doorgestuurd naar CDR team UZ Gent
 - Coördinator:
 - verwerkt alle informatie in databank (cfr. intranet binnen UZ Gent)
 - brengt betrokken instanties op de hoogte en vraagt om informatie
 - beoordeelt volledigheid informatie en bereidt review voor

56

4. Pilootstudie: Child Death Review

- **Aanpak van review: CDR team UZ Gent (lokaal)**
 - Coördinator wordt op de hoogte gebracht van overleden minderjarige door wetsdokter (cfr. stuurt standaardformulieren + voorlopig model overlijdensattest door)
 - CDR team in UZ wordt door coördinator op de hoogte gebracht van overlijden minderjarige
 - CDR team tekent discretieclausule voor aanvang review
 - ev. ad hoc experts uitnodigen
 - bespreken casus ("grondig en individueel")
 - ev. mondeling gesprek met betrokken instanties

57

4. Pilootstudie: Child Death Review

- **Aanpak van review:**
 - CDR team UZ Gent**
 - opstellen verslag met conclusies:
 - Modificeerbare factoren identificeren
 - Was het overlijden vermijdbaar?
 - feedback aan betrokken instanties
 - Indien kindermishandeling → review door arrondissementale raden kindermishandeling? (cfr. expertise)

NB:

- Op termijn review door ander UZ (interne/externe audit)
- geen review niet-natuurlijke overlijdens mogelijk (cfr. geheim gerechtelijk onderzoek)

58

4. Pilootstudie

- **Evaluatie pilootstudie door onderzoeksteam:**
 - Onderzoek op basis van:
 - Data voorlopig model overlijdensattest en standaardformulieren
 - Verslagen CDR team
 - Evaluatiegesprek met betrokken actoren (politie, wetsdokter, vaststellend artsen, CDR team, ouders, ...)

59

3^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering
2. Situering project
3. Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel
 - 3.1 Overlijdensattestering
 - 3.2 Minderjarigenprotocol
 - 3.3 Child Death Review
4. Pilootstudie
5. Besluit

60

5. Besluit

- Draagvlak creëren: medewerking alle actoren vereist
- Vlotte multidisciplinaire samenwerking
- Duidelijke taakomschrijving van de actoren
- Juridische randvoorwaarden vervullen
- Pilotstudie arrondissement Gent opstarten

61



Volgende stuurgroepvergadering:

11 maart (10 tot 13u - lokaal 0.02 A)

- ✓ Prof. Dr. Els De Letter: Els.DeLetter@UGent.be
- ✓ Dr. Ann Verrijckt: Ann.Verrijckt@UGent.be
- ✓ Dr. Karlien Dhondt: Karlien.Dhondt@UGent.be
- ✓ Freja De Middelmeer: Freja.DeMiddelmeer@UGent.be
- ✓ Joy Eliaerts: Joy.Eliaerts@UGent.be

3^e Stuurgroepvergadering 18/02/2014

Aanwezigen: Mevr. Carine De Wilde, Dhr. Bert Van Puyenbroeck, Dr. Kaat Peerenboom, Mevr. Christel De Craim, Dr. Wouter Karst, Prof. Dr. Michel Piette, Prof. Dr. Els De Letter, Mevr. Freja De Middeleer, Mevr. Joy Eliaerts

Verontschuldigd: Prof. Tom Balthazar, Mevr. Proc. Wendy Vanvelthoven, Mevr. Lieve Krobea, Mevr. Mter. Sylvie Tack, Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt, Mevr. Renilde Rens

1. Bespreking en goedkeuring verslag 2^e vergadering

Er worden geen opmerkingen geformuleerd op het 2e stuurgroepverslag waardoor het verslag wordt goedgekeurd.

2. Voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel

2.1. Overlijdensattestering

Prof. De Letter verduidelijkt dat een terugvloeiing van het dossier naar justitie steeds mogelijk is tijdens het minderjarigenprotocol, indien er aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden zijn. Dr. Karst stelt daarop de vraag of justitie ook nog ingeschakeld wordt na afloop van het multidisciplinair overleg. Prof. De Letter bevestigt dit, maar benadrukt dat het vaak reeds voor het overleg al duidelijk zal worden of er aanwijzingen zijn.

Prof. De Letter vermeldt een opmerking van Proc. Vanvelthoven: bij een duidelijk niet-natuurlijk overlijden verwittigt de vaststellende arts onmiddellijk de procureur, in plaats van eerst een wetsdokter te contacteren voor overleg. De procureur vordert onmiddellijk een wetsdokter; het overlijdensattest wordt dan enkel door de vaststellende arts ingevuld. Op die manier heb je ook van in het begin één wetsdokter die het verdere verloop van de zaak zal opvolgen. Het parket van Leuven trekt zowel bij niet-natuurlijk als bij onbekend overlijden alle registers open. In beide gevallen wordt dus een justitieel onderzoek opgestart. Prof. De Letter vreest bij deze situatie echter voor een tegenkanting van de clinici bij een “onbekend” overlijden, zoals momenteel ook het geval is bij de huidige attestering (al dan niet “gerechtelijk geneeskundig bezwaar”). Een pilootproject zal moeten aanwijzen of het mogelijk is om op een meer discrete manier een toetsing ter plaatse te doen, door iemand van de politie. Prof. De Letter vraagt hierbij aansluitend de mening van de leden van de stuurgroep.

Prof. Piette vraagt of een onbekend overlijden op de doodsoorzaak of de aard van overlijden slaat. Prof. De Letter verduidelijkt dat het hier om de aard van overlijden gaat. Prof. Piette stelt voor om dit enigszins te verduidelijken in de flowchart. Mevr. De Wilde vult aan dat het voor iedereen duidelijk moet zijn wat voor wat staat. Mevr. Eliaerts stelt voor om een voetnoot toe te voegen ter verduidelijking, zoals nu reeds bij crematie het geval is. Prof. De Letter benadrukt dat het attest alleszins eenvoudig moet blijven, rekening houdend met de complexiteit van het huidige attest.

2.2. Minderjarigenprotocol

Naar aanleiding van de begin- en eindbevoegdheid van de procureur in het voorstel van aanpak voor een minderjarigenprotocol, vraagt Dhr. Van Puyenbroeck zich af hoe het wiegendoedprotocol in de huidige situatie opgestart wordt. Mevr. Eliaerts licht toe dat men momenteel al een natuurlijk overlijden attesteert vooraleer het wiegendoedprotocol op te starten. De procureur wordt dus op geen enkel moment bij deze procedure betrokken. Dhr. Van Puyenbroeck merkt daaruit op dat de procureur in het voorstel van aanpak de bevoegdheid zou krijgen om het hele dossier van begin tot einde op te volgen. Prof. De Letter bevestigt dit en voegt toe dat de procureur advies krijgt van het multidisciplinair team. Het is juridisch eenvoudiger om de procureur van in het begin de bevoegdheid te geven, gezien de Belgische privacywetgeving. Hij/zij wordt de supervisor van het hele dossier, maar hoeft de puur medische kant van het dossier niet te weten te komen. Deze verantwoordelijkheid toekennen aan de procureur is nuttig om zeker te zijn dat alle nodige onderzoeksdaten onmiddellijk gevraagd kunnen worden en om er voor te zorgen dat het lichaam aan het einde van de procedure vrijgegeven wordt. De procureur heeft bovendien de bevoegdheid om de politie opdrachten te geven om duidelijkheid te geven omtrent bepaalde vragen in het onderzoek want wetsdokters hebben uiteraard geen bevoegdheid om opdrachten te geven aan de medewerkers van de politie.

Dhr. Van Puyenbroeck vraagt een verduidelijking van de rol van de “verkenner”. Prof. De Letter licht toe dat momenteel een Gents pilootproject lopende is. Iemand van de lokale recherche, in burger en met de nodige expertise, gaat discreet ter plaatse en beslist onder andere om maatregelen te nemen voor het vrijwaren van sporen. Verder heeft hij de bevoegdheid om eventuele juridische antecedenten na te gaan en contact te leggen met de familie en betrokkenen. Wetsdokters en artsen van het minderjarigenprotocol hebben geen bevoegdheid om dit te doen. Het zou vanuit praktisch standpunt en haalbaarheid beter zijn om geen volledige nieuwe wettelijke procedure uit te schrijven, terwijl de procureur nu reeds alle bevoegdheden heeft om opdrachten te geven evenals het coördineren en leiden van onderzoeken.

Mevr. De Craim vraagt of de onderzoeksgroep dit voorstel voorlegde aan de procureur of aan Mter. Tack. Prof. De Letter verwijst naar een overleg met Proc. Vanvelthoven. Prof. De Letter komt terug op het eerder vermelde gegeven dat het parket van Leuven de niet-natuurlijke en onbekende overlijdens op dezelfde manier behandelt.

Mevr. De Craim merkt op dat de aanwezigheid van de verkenner in het multidisciplinair overleg problematisch kan zijn. Een verkenner, die behoort tot de politie, zal overleg plegen met medici. Er zal een juridische regeling moeten komen, zodat deze toch met elkaar kunnen praten. Dhr. Van Puyenbroeck stelt de vraag of de verkenners en medici dan niet de bevoegdheid hebben om informatie te delen. De medici gaan niet met de politie overleggen als de politie niet naar hen toestapt. Mevr. De Wilde merkt op dat hiervoor een juridische randvoorwaarde kan gecreëerd worden. Mevr. Eliaerts voegt toe dat de onderzoeksgroep

overweegt om de juridische regeling uit de NODO-procedure over te nemen. Alle informatie die we kunnen gebruiken voor het bepalen van de doodsoorzaak kan opgevraagd worden bij de betrokken zorgverleners. Dr. Karst merkt op dat de NODO-procedure justitieneutraal is. Dit is een groot verschil met het voorstel van aanpak dat besproken wordt.

Vooreerst wordt in dit voorstel de aard van overlijden beschouwd om een keuze te maken hoe het verdere onderzoek moet verlopen. In de groep van de onbekende overlijdens gaat het minderjarigenprotocol vervolgens op zoek naar een doodsoorzaak. Het kan echter interessant zijn om ook de natuurlijke overlijdens met een onbekende doodsoorzaak te onderzoeken. Die onderzoek je niet in de procedure zoals die hier nu op tafel ligt. Dat is niettemin een keuze die gemaakt wordt. Prof. De Letter merkt op dat het inschakelen van de procureur op verzoek van Mter. Tack geïntegreerd werd. Dit onderscheid tussen justitiële en niet-justitiële zaken zorgt er inderdaad voor dat de natuurlijke overlijdens uit de boot vallen. Dhr. Van Puyenbroeck verwijst vervolgens naar de juridische relevantie van de groep van natuurlijke overlijdens in het huidige projectvoorstel, die zo goed als nihil is. Prof. De Letter benadrukt eveneens dat het overleg tussen twee artsen een groot deel van de onbekende en niet-natuurlijke overlijdens zal identificeren, waardoor het aandeel van de fout geattesteerde natuurlijke overlijdens beperkt zal worden. Dhr. Van Puyenbroeck beaamt niettemin dat deze groep van overlijdens voorlopig een blinde vlek zal zijn. Dr. Karst benadrukt dat de focus van dit voorstel op het missen van kindermishandeling, en dus het strafrechtelijke aspect, ligt.

Prof. De Letter vraagt zich af of het na een sepot toegestaan is om de informatie uit het justitieel onderzoek door te sturen naar het minderjarigenprotocol. Normaliter maakt het geheim van het gerechtelijk onderzoek dit niet mogelijk. Het maatschappelijk belang moet bovendien opwegen ten opzichte van het individueel belang. Het vaag omschrijven van 'alle nuttige informatie' botst met de privacywetgeving. Daarom wordt het doel van het minderjarigenprotocol 'het ontdekken van de doodsoorzaak', om zo de identificatie van de aard van overlijden beter te omkaderen. Mevr. De Craim merkt op dat men zich moet afvragen wanneer een justitieel onderzoek stopgezet wordt. Komt men vrij snel tot de conclusie dat er geen niet-natuurlijke factor in het spel is of komt men pas tot deze conclusie nadat alle stappen doorlopen werden? Hoe sneller je vaststelt dat het niet om een niet-natuurlijk overlijden gaat, hoe sneller het naar het minderjarigenprotocol kan doorgestuurd worden. Als je echter alle onderzoeken doorlopen hebt, heeft het misschien geen zin meer om naar het minderjarigenprotocol te gaan.

Mevr. De Craim vraagt zich af of de algemene focus moet uitgebreid worden naar volksgezondheid. Kindermishandeling is hier het beginpunt, maar vanuit het oogpunt volksgezondheid willen we ook weten waarom kinderen gestorven zijn. Daar kan het minderjarigenprotocol dan een belangrijke rol spelen. Prof. De Letter voegt toe dat het de bedoeling is om op zijn minst alle overlijdens van minderjarigen te bekijken. Mevr. De Wilde vraagt of we bij natuurlijke overlijdens ook op het overlijdensattest kunnen definiëren wat de doodsoorzaak is. Om te weten hoeveel natuurlijke overlijdens er zijn en wat de doodsoorzaak is, moet de doodsoorzaak van in het begin gespecificeerd worden op het

overlijdensattest. Het systeem moet volledig waterdicht zijn. Mevr. Eliaerts merkt op dat dit ook voor de review heel belangrijk is. Prof. De Letter wijst echter op het probleem dat de procureurs in de praktijk minder geïnteresseerd zijn in soorten natuurlijke overlijdens. Hier moet rekening mee gehouden worden als je hen de bevoegdheid geeft om ook dit proces te sturen.

Prof. Piette merkt op dat als een natuurlijk overlijden geattesteerd wordt, men uiteindelijk toch al een doodsoorzaak bij de hand moet hebben. Anders moet het onmiddellijk naar de categorie van de onbekende overlijdens doorgestuurd worden. Mevr. Eliaerts bevestigt dat dit verondersteld wordt, maar haalt het geval aan van de jonge voetballer die overlijdt op het voetbalveld. Dan weet je dat het om een natuurlijk overlijden gaat, ook al ken je de doodsoorzaak niet per sé. Prof. De Letter bevestigt dat wetsgeneesheren eerder de neiging hebben om dit overlijden te gaan onderzoeken, in tegenstelling tot clinici. Ze benadrukt dat er een belangrijk draagvlak moet komen bij de artsen, de clinici, om sneller ‘onbekend’ aan te duiden in plaats van natuurlijk.

Dr. Karst meldt dat er binnen de NODO-procedure relatief veel overlijdens waren die in de oude situatie als natuurlijk overlijden zouden worden bestempeld, maar waarbij de doodsoorzaak onbekend was. Er bleek uiteindelijk wel een natuurlijke oorzaak aan het licht te komen, maar er zijn dus relatief veel situaties waarbij de aard natuurlijk is zonder dat men de oorzaak kent. Prof. De Letter merkt op dat Dr. Verrijckt van mening is dat men niet veel energie moet stoppen in het achterhalen van de doodsoorzaak bij een natuurlijk overlijden, zeker ook vanuit justitieel oogpunt. Dr. Karst merkt echter op dat, als er de behoefte is om wel meer duidelijkheid te krijgen over de natuurlijke overlijdens, het een optie is om voor een minderjarigenprotocol te kiezen zonder inbreng van justitie.

Prof. Piette voegt toe dat nu ongeveer slechts in 40% van de gevallen na een uitwendige schouwing duidelijk is of het om een natuurlijk of een niet-natuurlijk overlijden gaat. Dat wil zeggen dat 60% van alle overlijdens waarschijnlijk naar de ‘onbekenden’ zullen gaan.

Prof. De Letter verklaart dat we er in de toekomst voor zouden opteren om ook bij natuurlijke overlijdens een wetsdokter in te schakelen. Dit voor die gevallen waarbij een kind half dood naar het ziekenhuis gebracht worden en er dan nog veel vragen zijn. De arts heeft in dergelijk geval niet veel kans gehad om de plaats van het fatale event te gaan onderzoeken. Op dat moment kan dan aan de procureur gevraagd worden om een verkenner of iemand met de nodige expertise en deskundigheid ter plaatse te sturen. Dat is de reden waarom we opteren om bij deze groep toch een overleg te voorzien, voor die kinderen die ogenschijnlijk in het ziekenhuis overleden zijn en mogelijk foutief als “natuurlijk” zouden gecatalogeerd worden.

Mevr. De Wilde vraagt zich af of het mogelijk is om een verstrenging in te voeren. Als het buiten het gezin voorvalt (bv. in een instelling of voorziening) en men denkt aan een natuurlijk overlijden, en alles wijst hier ook op, om het per definitie dan toch wel altijd te laten onderzoeken? Dan wordt de niet-natuurlijke omgeving als een verzwarende omstandigheid

beschouwd. Dhr. Van Puyenbroeck merkt hierbij op dat het onderscheid intrafamiliaal vs. extrafamiliaal een heel moeilijk debat is, waarbij een onderscheid maken heel complex is. Wat doe je met nieuw samengestelde gezinnen, ambulante instellingen enzoverder? Dhr. Van Puyenbroeck vraagt zich eveneens af wat de toegevoegde waarde van dit onderscheid is voor het CDR project. Prof. De Letter voegt hieraan toe dat het eveneens belangrijk is om de intrafamiliale situaties goed onder de loep te nemen. Uit het pilootonderzoek zal moeten blijken hoe breed de scope van dit project uiteindelijk moet zijn. Voor het pilootonderzoek opteren we om met een heel brede reikwijdte te starten en aan de hand van die resultaten kunnen bepaalde keuzes gemaakt worden en kunnen we misschien een verdere afbakening maken. Om te vermijden dat we zaken zouden missen, moeten we in eerste instantie een heel brede lens hanteren.

Dhr. Van Puyenbroeck merkt op dat het huidige voorstel een redelijk medisch-juridisch discours omvat en vraagt zich af waar het psychosociale deel zich situeert voor het verzamelen van gegevens. We kunnen hierbij denken aan de forensisch psychologen die mee deel kunnen uitmaken van het multidisciplinair team. Zij kunnen mee een verschil maken in de hele opbouw van het dossier. Dhr. Van Puyenbroeck geeft het voorbeeld van een jonge suïcide, ten gevolge van pestgedrag. De hele dynamiek achter deze situatie was noch bij de politie, noch bij de school gekend. Mevr. Eliaerts verduidelijkt dat dit aspect aan bod komt bij de procesmatige pijlers en bij het pilootproject. Prof. De Letter benadrukt dat het multidisciplinair team zo breed mogelijk moet samengesteld worden, waarbij een variabiliteit moet mogelijk zijn afhankelijk van de situatie.

Mevr. De Wilde vraagt wat gebeurt als de doodsoorzaak bij één van de ouders ligt en zij ook toestemming moeten geven om al dan niet een autopsie uit te voeren in het kader van het minderjarigenprotocol? Mevr. Eliaerts verduidelijkt dat de mogelijkheid dan bestaat dat het multidisciplinair team de procureur verwittigt, waarop hij/zij dan een gerechtelijke autopsie kan bevelen. Prof. De Letter benadrukt dat dit één van de redenen is waarom de procureur van bij het begin van het minderjarigenprotocol bij de zaak betrokken wordt.

Wat betreft de financiering van de onderzoeken, verklaart Prof. De Letter dat de mogelijkheid moet nagegaan worden of het RIZIV hierin kan tussenkomen. Dit is momenteel reeds het geval in het kader van het wiegendoodprotocol. Mevr. De Wilde stelt daarbij de vraag hoe het momenteel in zijn werk gaat? Betalen de ouders alle onderzoeken als zij toestemming geven om deze uit te voeren in het kader van het wiegendoodprotocol? Prof. De Letter licht toe dat het RIZIV hierin tussenkomt. Prof. Piette merkt op dat de ouders op het einde een factuur krijgen met de opleg die zij nog dienen te betalen, net zoals dit met een gewone ziekenhuisopname het geval is. Mevr. De Wilde vraagt zich af of we wel wensen dat dit zo blijft lopen? De extra kosten kunnen namelijk een reden zijn om niet in te stemmen met een autopsie, omdat sommige ouders dit niet kunnen betalen. Daarnaast kan de weigering om die reden ook een slimme zet zijn om de onderzoeken te vermijden, ondanks het feit dat er toch iets achter zit. Prof. De Letter denkt niettemin dat het UZ soms tussenkomt in bepaalde kosten, maar zal dit nog navragen bij Dr. Dhondt. Prof. De Letter is van mening dat men voor

de pilootstudie met het ziekenhuis moet overeenkomen dat dit alle kosten draagt. Achteraf kan dan een raming gemaakt worden van de effectieve kostprijs. Mevr. Eliaerts voegt hieraan toe dat reeds een parlementaire vraag gesteld werd omtrent de mogelijke kostprijs van een verplicht post mortem onderzoek bij alle overlijdens van minderjarigen. Het antwoord was toen dat dergelijke berekening onmogelijk is. Het hangt ook van casus tot casus af hoe uitgebreid het onderzoek moet zijn en dus hoeveel aanvullende onderzoeken uitgevoerd moeten worden.

2.3. Child Death Review

Mevr. De Wilde vraagt wat het verschil is tussen het coördinerend orgaan en de Vlaamse CDR. Mevr. De Middelker legt uit dat het coördinerend orgaan vooral instaat voor de administratie en de informatieverzameling. Tot hertoe weten we niet hoe dit precies in zijn werk zal gaan wat betreft het anonimiseren en dergelijke. Stel dat een anonimisatie noodzakelijk blijkt, zal het coördinerend orgaan hiervoor bevoegd zijn.

Dit orgaan kan een arts van het ADSEI bevatten, omdat hij in ieder geval met deze informatie mag werken en ook toegang heeft tot deze informatie. Daar kan eventueel ook een jurist(e) aan toegevoegd worden voor het controleren van alle privacygevoelige aspecten. Dit zijn allen aspecten van de praktische uitwerking van het voorstel die nog besproken en beslist moeten worden. Het komt er dus op neer dat de Vlaamse CDR enkel de aanbevelingen van de lokale CDR en de algemene statistieken bespreekt, terwijl het coördinerend orgaan zich enkel met de administratie en de voorbereiding van deze besprekingen bezig houdt.

Mevr. De Wilde stelt hierop de vraag of deze beide instanties niet in één orgaan, onderverdeeld in twee cellen, kunnen ondergebracht worden. De inbedding van beide instanties in het departement Volksgezondheid is logisch, gezien de preventieve doelstelling. Er zijn echter elementen die aanwijzen dat dit een nationaal gegeven zal worden. Dan lijkt het vreemd om het coördinerend orgaan op het Vlaams niveau te houden. Naar haalbaarheid toe lijkt het dan beter om het coördinerend orgaan op het nationaal niveau te implementeren, waarbij dit wel ook rapporteert aan de Vlaamse overheid. Stel dat de andere gemeenschappen dit project positief onthalen, dan is het praktischer als er reeds een coördinerend orgaan op nationaal niveau aanwezig is. Mevr. De Craim bevestigt dat een coördinerend orgaan op het nationaal niveau een goed idee is, gezien de link met het ADSEI (cfr. voormalig NIS). Niettemin is zij van mening dat een Vlaamse CDR nog steeds nodig is. Mevr. Eliaerts voegt hieraan toe dat de wijziging van de overlijdensattestering ook nationaal zal moeten ingevoerd worden. Werken met twee verschillende attesten in Vlaanderen en Wallonië is onmogelijk, omwille van het gelijkheidsbeginsel.

Mevr. De Wilde stelt zich vragen bij de haalbaarheid van het uitvoeren van reviews door het niet-dichtstbijzijnde UZ. Onpartijdigheid is niettemin een zeer mooi beginsel. Mevr. De Craim vraagt daarop zich af wat de meerwaarde van een lokale CDR is. Kunnen de reviews niet uitgevoerd worden in de Vlaamse CDR, zodat je maar één CDR hebt voor heel Vlaanderen en niet opgesplitst naar lokale niveaus? Mevr. De Letter licht toe dat uit contacten met Dr.

Schillemans van het Gentse Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) blijkt dat zij geen informatie zullen delen met direct betrokken instanties. Zij hebben er echter geen probleem mee om gereviewd te worden door een ander VK (bv. Brugge of Antwerpen).

Mevr. Eliaerts merkt eveneens op dat de lokale CDR's de casussen individueel zullen bespreken, terwijl de Vlaamse CDR alle sterfgevallen in haar geheel zal bekijken op basis van statistieken. Lokaal kan dan teruggekoppeld worden naar de instanties op het lokale niveau, daar waar de conclusies van de Vlaamse CDR heel Vlaanderen zullen omvatten. Internationaal is ook steeds één orgaan aanwezig dat meer algemene aanbevelingen formuleert, maar de echte casusbesprekingen worden op lokaal niveau aangepakt. Dr. Peerenboom merkt echter op dat de focus op het preventieve aspect ligt, en niet op het viseren van wie in de fout gegaan is. Het gaat hier op zich om relatief kleine aantallen. Dan kunnen we het evengoed opentrekken naar het Vlaamse niveau, dan een lokale opsplitsing te maken. Mevr. Eliaerts maakt de opmerking dat het hier jaarlijks toch om een 400-tal overlijdens zou gaan. Het lokale niveau heeft niet als doel om iemand schuld toe te wijzen, maar wel degelijk om na te gaan wat precies misgelopen is en wat in de toekomst beter moet gedaan worden. De conclusies kunnen ook sterk verschillen van regio tot regio. Dr. Peerenboom voegt hieraan toe dat een anonieme bespreking van casussen in dit geval onmogelijk is.

Wat de teamsamenstelling betreft, is Dhr. Van Puyenbroeck van mening dat de driehoek medisch-juridisch-psychologisch steeds een goede uitvalsbasis is. Deze vaste driehoek vult elkaar aan en dan kunnen nog steeds bijkomende leden uitgenodigd worden. Niet ieder lid van de driehoek hoeft daarom een grondige analyse uit te voeren. Als zij het bekeken hebben, worden niettemin blinde vlekken vermeden. Noch de arts, noch de jurist zullen vanuit hun discipline naar het psychosociale luik kijken. Prof. De Letter stelt hierbij de vraag of maatschappelijk werkers eveneens tot de vaste kern moeten behoren? Dhr. Van Puyenbroeck is van mening dat zij onder het psychotherapeutisch luik vallen. Dr. Peerenboom voegt toe dat steeds een arts van het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in de vaste kern moet zitten, als je een blik wil werpen op het aspect kindermishandeling.

Prof. De Letter vraagt bevestiging omtrent de opsplitsing naar een Vlaamse en een lokale CDR. Dhr. Van Puyenbroeck is van mening dat een coördinerend orgaan op het nationaal niveau nodig is. Daarnaast heb je een aantal lokale teams, en eveneens een Vlaams team. Mevr. Eliaerts voegt toe dat het uiteindelijk slechts om vier lokale teams gaat, maar dat deze wel nodig zijn om die 400 overlijdens per jaar te bespreken.

Mevr. De Wilde vraagt hierop waar dit cijfer op gebaseerd is. Mevr. Eliaerts licht toe dat dit cijfer uit de nationale statistieken blijkt. Mevr. De Wilde vraagt zich vervolgens af of het noodzakelijk is om bij al deze overlijdens (jaarlijks geschat) een CDR uit te voeren. Dhr. Van Puyenbroeck merkt op dat zij allen moeten besproken worden, maar dat zij daarom niet één voor één de hele procedure moeten doorlopen. Mevr. De Wilde stelt dat het antwoord op deze vraag belangrijk is. Indien we al deze 400 overlijdens zullen reviewen, zijn de lokale niveaus belangrijk. Anders kan gekozen worden voor de piste van de serious case reviews.

Wat zijn de beleids- en de praktijkrelevantie om alle 400 overlijdens te reviewen? Dataverzameling is een ander punt. In dat geval moet de hele procedure waterdicht zijn, inclusief het minderjarigenprotocol. Prof. De Letter is van mening dat de inclusie van alle overlijdens in eerste instantie wel nodig is om een beter zicht te krijgen op alle aspecten. Op dit moment hebben we immers geen duidelijk beeld omtrent de overlijdens bij minderjarigen. Mevr. De Wilde benadrukt dat dit dan om de pilootstudie gaat, maar niet om de effectieve review op Vlaams (en in de toekomst Belgisch) niveau. Mevr. Eliaerts voegt toe dat uit de pilootstudie reeds zal blijken over hoeveel overlijdens het in dit gerechtelijk arrondissement gaat en wat de gevolgen zijn naar organisatie en belasting van het lokale CDR team toe. Mevr. De Middeleer merkt op dat uit deze cijfers een extrapolatie naar het nationaal niveau kan gemaakt worden. Mevr. De Wilde bemerkt dat een inclusie van alle overlijdens wel nodig is als de pilootstudie aantoont dat in 80% van de gevallen een CDR nuttig was.

Dr. Karst komt even terug op het overlijdensattest, dat in de toekomst zowel door de vaststellende arts als door de wetsdokter moet ondertekend worden. Hij merkt op dat in Nederland veel gevallen voorkwamen waarbij er geen behandelend arts aanwezig was. Dit gaat bijvoorbeeld om situaties waarbij een kind onder verdachte omstandigheden dood in een bos aangetroffen wordt, bij verkeersongevallen, schietincidenten op school etc. In deze gevallen zullen zowel politie als justitie bij aanvang reeds aanwezig zijn en wordt er geen behandelend arts in de procedure betrokken. Wanneer dit overlijdensattest in België ingevoerd wordt, moet rekening gehouden worden dat in voorgaande situaties wel een vaststellend arts moet opgetrommeld worden. Als een wetsdokter als eerste ter plaatse komt, zal een tweede (wets)dokter het overlijdensattest mede moeten ondertekenen of bij een duidelijk niet-natuurlijk overlijden het overlijdensattest opstellen.

Prof. De Letter licht toe dat er momenteel toch meestal een tweede arts bijgehaald wordt om het overlijdensattest in te vullen. De wetsdokter vult dit zelden in om procedureproblemen achteraf te vermijden, omwille van partijdigheid. Niettemin komen soms gevallen voor in de praktijk waarbij het lichaam reeds in staat van ontbinding is. Dan wordt het overlijdensattest wel door de wetsdokter ingevuld, samen met een assistent-wetsdokter. Het hangt dus af van de praktijksituatie die zich voordoet.

3. Pilootproject

Mevr. De Craim merkt op dat het gerechtelijk arrondissement in de toekomst niet meer zal bestaan door de hervorming van de arrondissementen. Ze vraagt zich af of het pilootproject dan heel Oost-Vlaanderen zal omvatten? Prof. De Letter stelt voor om voor het pilootproject binnen de regio Gent te werken, gebaseerd op het vroegere arrondissement Gent. Mevr. De Craim benadrukt dat de geografische afbakening van deze regio duidelijk moet zijn in het rapport. Mevr. De Wilde benadrukt dat de keuze voor deze regio gespecificeerd en gemotiveerd moet worden, nl. omdat er reeds een pilootproject lopende is.

- Overlijdensattestering

Mevr. De Craim vraagt of de medische gegevens aan de ouders gevraagd worden? Prof. De Letter bevestigt dit. Bij het verhoor en/of het maatschappelijk onderzoek van de ouders moeten zij toestemming geven om die informatie te gaan gebruiken in het kader van de review.

- Minderjarigenprotocol

Mevr. De Middeleer vraagt of het mogelijk zal zijn om reeds in het kader van het pilootproject voldoende informatie uit te wisselen tussen de verschillende partijen (politie, coördinerend arts minderjarigenprotocol etc.)? Mevr. De Craim verklaart dat hiervoor een protocol nodig is. Als je zegt dat deze verschillende partijen rond de tafel gaan zitten en dat men met elkaar gaat overleggen, zit je al in een lastig parket. Mevr. Eliaerts merkt op dat de verkenner misschien niet noodzakelijk mee aan tafel moet zitten, aangezien het om de medische kant van de zaak gaat. Mevr. De Wilde haalt aan dat bij het Protocol van Moed in Antwerpen ook afgetast werd wat mogelijk is. Het protocol kan op het niveau van twee ministers afgesloten worden, in functie van een mogelijke pilootstudie.

Mevr. De Craim herhaalt dat er inderdaad een protocol moet zijn, zodat een hand boven het hoofd gehouden wordt en je de toestemming hebt om te experimenteren. Dat moet getoetst worden en in een protocol gegoten worden, zodanig dat iedereen daarmee akkoord is.

Mevr. De Craim vraagt zich eveneens af of er een toetsing geweest is met de Orde van Geneesheren, wat zij daarvan vinden. Met het Protocol van Moed is men de hele procedure gaan uitleggen en is men gaan zeggen waarom dit protocol belangrijk is. De provinciale Orde zei toen dat zij ermee akkoord waren. Er moet aan gewerkt worden, zodanig dat zij dit ook ondersteunen.

- Child Death Review

Mevr. De Craim vraagt wat de meerwaarde kan zijn van een review door de Arrondissementale Raden Kindermishandeling? Prof. De Letter licht toe dat zij misschien een andere blik op het dossier kunnen werpen, buiten het medisch-sociaal-juridische. Dat is de reden waarom we een andere invalshoek wensten. Mevr. De Wilde bevestigt dat zij inderdaad een meerwaarde kunnen bieden, naar samenwerking tussen het welzijnslandschap en politie en justitie toe. In de arrondissementale raden zal het medische luik uiteindelijk niet voorkomen, maar zal men misschien meer procesmatig gaan kijken. De raden kunnen de conclusies van de CDR extrapoleren naar de werking binnen het arrondissement of de regio (bv. VK, CLB). Mevr. De Craim stelt hierop de vraag of de resultaten van de CDR naar de arrondissementale raden gecommuniceerd zullen worden. Prof. De Letter bevestigt dat het de bedoeling is om het rapport van de CDR aan de arrondissementale raden over te maken. Dhr. Van Puyenbroeck merkt op dat de arrondissementale raden misschien niet de volledige case zullen bespreken. Prof. De Letter is echter van mening dat dit wel nuttig kan zijn. Mevr. De Craim kan zich wel inbeelden dat het CDR team een aantal zaken blootlegt en dat de arrondissementale raden deze kwesties

vanuit hun oogpunt gaan bespreken. Ze kunnen deze bevindingen eventueel aanvullen of trachten te counteren. Dhr. Van Puyenbroeck vraagt zich bovendien af wat de uitkomst van de review van de arrondissementale raden zal zijn. Mevr. De Craim vult aan dat de raden op een aantal dingen kunnen inzoomen, om deze te bespreken en eventueel te verklaren.

Dhr. Van Puyenbroeck merkt op dat de vraag “Was het overlijden vermijdbaar?” misschien een strafrechtelijke connotatie heeft. De stuurgroep komt overeen dat dit zal aangepast worden naar “Wat kunnen we doen om dit overlijden en toekomstige overlijdens van dezelfde aard te voorkomen?”.

Dhr. Van Puyenbroeck vraagt vervolgens waarom een review van de niet-natuurlijke overlijdens niet mogelijk zou zijn in het kader van de pilootstudie. Prof. De Letter licht toe dat dit niet tegelijk met het gerechtelijk onderzoek mogelijk is. Mevr. De Craim voegt toe dat een review wel mogelijk is op het moment dat het gerechtelijk onderzoek volledig afgesloten is. Dhr. Van Puyenbroeck stelt voor om de formulering te veranderen en duidelijk te maken dat een probleem zich stelt bij de lopende gerechtelijke onderzoeken, en niet bij alle niet-natuurlijke overlijdens. Mevr. De Craim merkt op dat een review van reeds afgesloten onderzoeken omtrent niet-natuurlijke overlijdens wel mogelijk is. Deze onderzoeken kunnen niet gelijktijdig met de opstart van het pilootproject van start gaan, maar kunnen wel retrospectief besproken worden. Een tien- of vijftiental onderzoeken kan hiervoor uitgekozen worden, waarbij in eerste instantie de focus op zaken van kindermishandeling ligt.

4. Besluit

Mevr. De Craim stelt de vraag hoelang het pilootproject zou duren. Prof. De Letter stelt dat één jaar toch een minimum is. Mevr. De Craim benadrukt immers het aantal gevallen dat nodig is voor een representatief pilootproject. Dit aantal moet voldoende groot zijn, aangezien slechts binnen een bepaalde regio gewerkt zal worden. Prof. De Letter oppert dat een evaluatie van het pilootproject na één jaar mogelijk is, waarna de werking eventueel bijgestuurd wordt. Als na één jaar nog veel vragen blijken, kan het zijn dat een periode van twee tot drie jaar nodig is om alles op punt te zetten. Dhr. Van Puyenbroeck stelt dat een uitgangspunt van twee à drie jaar zeker nodig is. Tijdens het eerste jaar wordt het project uitgevoerd, waarna tijdens het tweede jaar een evaluatie doorgevoerd wordt en tijdens het derde jaar de resultaten besproken worden. Het is belangrijk om nu al voor continuïteit te kiezen.

Mevr. De Craim vraagt hierop wat tijdens de opstartfase allemaal zal gebeuren. Wordt het protocol tijdens deze fase opgesteld of gebeurt dit reeds vooraf? Prof. De Letter is van mening dat dit best vooraf gebeurt.

Prof. Piette komt terug op de discussie omtrent de betrokkenheid van de verkenner in het multidisciplinair overleg. Hij vraagt zich af of de verkenner niet losgekoppeld kan worden van zijn politiemandaat, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, zodat dit probleem voorkomen wordt. Mevr. De Craim licht toe dat sommige maatschappelijke werkers bij de politie werken. Dit is echter een hele discussie. In Antwerpen staan deze maatschappelijk werkers

grotendeels in voor hun eigen werking maar er zijn een aantal uitzonderingen. Als ze hun eigen ding doen, hebben ze geen beroepsgeheim en kunnen ze perfect deel uitmaken van het multidisciplinair overleg. Als ze daarentegen een mandaat van het parket hebben, mogen ze hier niet aan deelnemen en hebben ze enkel spreekrecht ten opzichte van het parket. In Gent zijn er echter maatschappelijke werkers waarbij men zegt dat hun werk niet onder het beroepsgeheim valt. Daarnaast zijn er ook maatschappelijke werkers die politieassistent zijn en een dubbele bevoegdheid hebben. In Antwerpen gaat de politieassistent met de ouders praten, terwijl de politieambtenaar zijn werk doet. In Gent kan men nagaan of er bv. in de jeugdbrigade een dergelijke assistente zit, meer bepaald iemand die dan vanuit haar/zijn maatschappelijk assistent mandaat ingeschakeld kan worden. Dit kan eveneens in het pilootproject gebruikt worden. Mevr. De Wilde merkt hierbij op dat het pilootproject moet specificeren welke mensen we dan precies willen gebruiken voor de functie van verkenner.

Als conclusie vraagt Mevr. De Wilde aan Dr. Karst hoe hij vanuit Nederlands oogpunt kijkt naar de Belgische ontwikkelingen omtrent CDR. Dr. Karst repliceert dat in het huidig voorstel de snelle tussenkomst van justitie een zeer sterk punt is. In Nederland trachtte men op een te geforceerde manier om de NODO-procedure justitieneutraal te maken. Dit zorgt op termijn voor problemen omtrent de verplichting van een vervolgonderzoek, maar niet van het geheel. Dat is het nadeel van de Nederlandse situatie ten opzichte van de Vlaamse variant. Het kan echter ook een zwak punt zijn om erg op het juridische aspect te focussen en ook enkel bij die zaken een vervolgonderzoek naar de doodsoorzaak te doen. Dit zorgt voor een selectie van overleden kinderen. Niettemin is het logisch dat je in deze situatie een keuze moet maken, waarmee dan ook enkele nadelen gepaard gaan.

Mevr. De Wilde stelt ten slotte de vraag bij welke internationale aanpak het voorgestelde Vlaamse model het dichtst aanleunt. Prof. De Letter bevestigt dat het model van Wales het dichtst aansluit bij het voorstel, omdat zij ook een brede aanpak hanteren. Mevr. De Wilde benadrukt hierop dat het eindrapport duidelijk moet documenteren waarom het model van Wales exemplarisch is en waarom dit op de voorgrond treedt. Zo weet de lezer op basis van welke argumenten het model van Wales gekozen werd. Het moet duidelijk zijn waarom dit land zo interessant is voor België.

Er worden verder geen specifieke opmerkingen geformuleerd.

Bijlage 5: 4^e stuurgroepvergadering – Powerpoint en verslag

Child Death Review

4^e stuurgroepvergadering: 11 maart 2014

Onderzoeksgroep:

- ✓ UZ Gent: Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt
- ✓ Forensisch Instituut – Universiteit Gent:
Prof. Dr. Els De Letter
Freja De Middelmeer & Joy Eliaerts

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. Opbouw rapport
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

2

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. Opbouw rapport
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

3

Situering project

1^{ste} stuurgroepvergadering (10/12/13)

- Toelichting project
- Situering huidige praktijk en knelpunten

2^{de} stuurgroepvergadering (14/01/14)

- Internationaal literatuuroverzicht Child Death Review
- Kritische randvoorwaarden
- 1^{ste} voorstel van aanpak Child Death Review

3^{de} stuurgroepvergadering (18/02/14)

- Grondige analyse van juridische en andere randvoorwaarden
- Voorstel van aanpak Child Death Onderzoek ("minderjarigenprotocol") en Child Death Review

4^{de} stuurgroepvergadering (11/03/14)

- Voorstel van aanpak Child Death Onderzoek ("minderjarigenprotocol") en Child Death Review
- Pilotstudie
- Algemene conclusies project
- Casus

4

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 **Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)**
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

5

Hoofdstuk 1 - onderzoeksproject

1. **Onderzoeksproject**
 - 1.1 Situering en achtergrond van de onderzoeksopdracht
 - 1.2 Aanpak van het project
 - 1.3 Voorstelling van het onderzoeksteam

6

Hoofdstuk 1 - onderzoeksproject

Situering en achtergrond:

- Vraagstelling vanuit Vlaams Forum Kindermishandeling

Uitgangspunten:

- Belang van gestructureerd onderzoek (o.a. systematische autopsie) bij overlijdens van kinderen
- Elk jaar aantal verdachte overlijdens in België, waarvan aantal gevolg van fatale kindermishandeling
- Consistent onderzoek vanuit preventief oogpunt
 - Reductie van aantal sterfgevallen door systematische identificatie van risicofactoren en omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden
 - Distilleren van preventieve maatregelen

7

Hoofdstuk 1 - onderzoeksproject

Opdracht:

“Het uitwerken van een voorstel van aanpak om te komen tot een relevante en efficiënte praktijk van Child Death Review in Vlaanderen en Brussel”

8

Hoofdstuk 1 - onderzoeksproject

Doelstellingen:

A. Enerzijds een beschrijving van de internationale Child Death Review praktijk op basis van literatuuronderzoek

→ *Krachtlijnen voor een model van aanpak in Vlaanderen en Brussel*

B. Anderzijds een voorstel voor model van aanpak in Vlaanderen en Brussel, met inventarisatie van juridische en andere kritischerandvoorwaarden

9

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 **Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)**
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

10

Hoofdstuk 2 - literatuuroverzicht

2. Literatuuroverzicht

- 2.1 Medico-legale begrippen
- 2.2 Wat is Child Death Review?
- 2.3 Historiek en evolutie van Child Death Review
- 2.4 Internationale pijlers Child Death Review programma
 - 2.4.1 Structurele pijlers
 - 2.4.2 Procesmatige pijlers
- 2.5 Conclusie

→ Michigan (VS), Engeland en Wales (UK), Nieuw-Zeeland, New South Wales (Australië), British Columbia (Canada), Nederland

11

2.5 Conclusie:

Krachtlijnen van een kwalitatieve CDR

STRUCTURELE PIJLERS	
Doelstelling	Preventie
Overlijdensregistratie	Overlegplicht met 2 ^{de} arts
Child Death Onderzoek bij plotse en onverwachte overlijdens	Grondig onderzoek (3-luik: medisch, sociaal, justitieel)
Coördinatie	Nationaal
Organisatie	Regionaal en lokaal
Bevoegde overheid	Overheidsdienst Volksgezondheid
Wetgeving	Verplichtend karakter (cfr. kwaliteitscriteria, dataverzameling)
Financiering	Van overheidswege

12

2.5 Conclusie: Krachtlijnen van een kwalitatieve CDR

PROCESMATIGE PIJLERS	
Doelgroep	Alle overlijdens tot de volle leeftijd van 17 jaar
Teamsamenstelling	Multidisciplinair
Dataverzameling en –beheer	Standaardformulieren → databank
Mogelijke aanpak van review	Individueel, thematisch en statistisch
Rapportering	Individuele, thematische en statistische rapporten

13

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 **Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)**
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

14

Hoofdstuk 3 - Vlaamse en Brusselse context

3. Vlaamse en Brusselse context

- 3.1 Kindersterftecijfers in België en het Vlaams Gewest
- 3.2 Overlijdensattestering
 - 3.2.1 Huidige procedure voor aangifte van overlijden in België
 - 3.2.2 Knelpunten
- 3.3 Regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden
 - 3.3.1 Juridische omkadering
 - 3.3.2 Knelpunten
- 3.4 Actoren en procedures betrokken in kindermishandeling
- 3.5 Conclusie

15

3.5 Besluit

468 kindersterfgevallen in Vlaams Gewest: 2/3e heeft baat bij CDR

1) In huidige praktijk GEEN CDR mogelijk wegens talrijke knelpunten: attestingsproblematiek, geen goede registratie waardoor statistieken onvolledig/onbetrouwbaar

2) Vooreerst:

- A. Kwalitatieve, sluitende attestering van overlijdens bij *alle* kinderen <18j (o.a. verplicht overleg 2^e arts (forensische opleiding))
- B. Goede dataverzameling (overlijdensattest + standaardformulieren)
- C. Child Death Onderzoek bij onbekende overlijdens <18j
 - Kwalitatieve verzameling informatie (3-luik: medische, juridische & sociale context)
 - Multidisciplinair team: bundelen expertise en grondig onderling overleg

! Alle drie niet aanwezig in Vlaanderen/België MAAR noodzakelijk !

3) Nadien pas CDR mogelijk

16

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 **Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)**
 - 2.5 Pilotstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

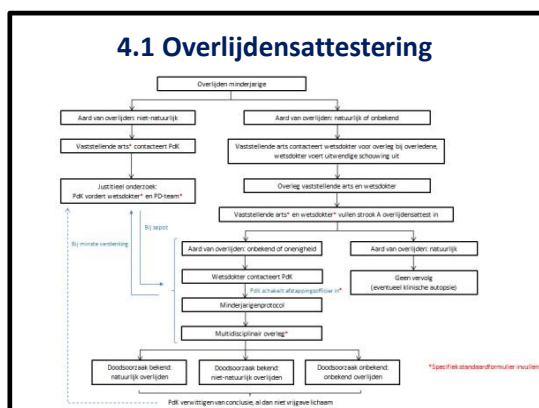
17

Hoofdstuk 4 - voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel

4. Voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel

- 4.1 Overlijdensattestering
 - 4.1.1 Overlegplicht
 - 4.1.2 De invoering van het nieuwe overlijdensattest: model IIID voor minderjarigen (<18j) en model IIIC (>18j)
 - 4.1.3 Mogelijke consequenties in functie van de beslissing genomen bij de overlijdensattestering
 - 4.1.4 Bijkomende aanpassingen
- 4.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol
- 4.3 Child Death Review
- 4.4 Kritische randvoorwaarden
 - 4.4.1 Juridische randvoorwaarden
 - 4.4.2 Andere randvoorwaarden
- 4.5 Conclusie

18



4.1 Overlijdensattestering

Arts 1 Arts 2

Aard van overlijden

• Niet-natuurlijk (1) ☐ ja ☐ neen

• Natuurlijk (2) ☐ ja ☐ neen

• Onbekend (3) ☐ ja ☐ neen

Bezuur tegen schenking van het lichaam (4) ☐ ja ☐ neen

Verspreide overlijdensattestering

• In een heimisch kist (5) ☐ ja ☐ neen

• In een gewone kist (6) ☐ ja ☐ neen

Bezuur tegen eventuele

• Crematie (7) ☐ ja ☐ neen

• Conserveringsprocedures (8) ☐ ja ☐ neen

• Vervoer zonder kist (9) ☐ ja ☐ neen

Risico voor blootstelling aan besmettelijke stoffen (10) ☐ ja ☐ neen

Ik, de teken, arts 1 en geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheeren of RZV nummer),

verklaar dat ik de _____ om _____ uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

Ik, de teken, arts 2 en eventueel geneesheer-specialist in de geneeskundige geneeskunde/assistent in opleiding met minstens één jaar ervaring (achternaam, voornaam, nr. in Orde der geneesheeren of RZV nummer),

verklaar dat ik op _____ om _____ uur overleg heb gehad met hierboven genoemde geneesheer.

Handtekening en stempel van de geneesheer-specialist/assistent in opleiding

- ### 4.1 Overlijdensattestering
1. Niet-natuurlijk overlijden
 - Vaststellende arts contacteert onmiddellijk Pdk
 - Justitieel onderzoek: Pdk vordert wetsdokter en Plaats Delict team
 - Inbeslagname lichaam

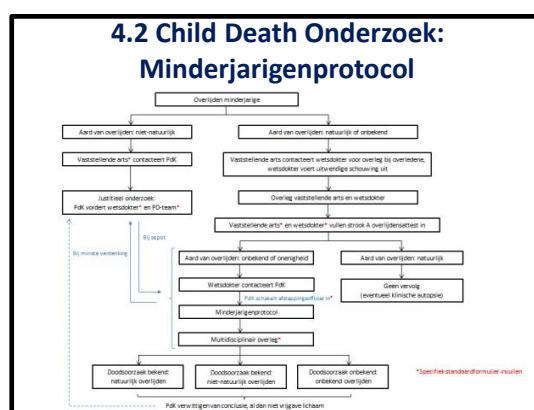
NB: geen gewijzigde aanpak t.o.v. huidige praktijk
 2. Natuurlijk overlijden
 - Wetsdokter én vaststellende arts kruisen op overlijdensattest "natuurlijk overlijden" (strook A) aan, na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg
 - Geen vervolg

- ### 4.1 Overlijdensattestering
3. Onbekend overlijden
 - Wetsdokter én vaststellende arts kruisen op overlijdensattest "onbekend overlijden" (strook A) aan, na uitwendig onderzoek minderjarige en na onderling overleg
 - Pdk wordt op de hoogte gebracht door wetsdokter en vordert een afstappingsofficier
 - Inbeslagname lichaam
 - **Child Death Onderzoek:** opstarten **minderjarigenprotocol** (NB: ook bij seponering door Pdk)

NB: Onbekend = "het overlijden waarbij geen onmiddellijke aard van overlijden kan worden aangewezen"

NB: Bij onenigheid wordt Pdk eveneens verwittigd

- ### 4.1 Overlijdensattestering: juridische randvoorwaarden
- Vaststellende arts contacteert wetsdokter voor verplicht overleg bij overledene in geval van natuurlijke en onbekende overlijdens
 - Nieuw overlijdensattest: invoeren model <18j en >18j
 - 3 nieuwe opties op strook A: natuurlijk, niet-natuurlijk en onbekend overlijden
 - 2 handtekeningen (vaststellende arts + wetsdokter) vereist in geval van natuurlijke en onbekende overlijdens
 - Ambtenaar burgerlijke stand verwittigt Pdk ingeval een handtekening ontbreekt bij overlijdensattest van natuurlijke en onbekende overlijdens
- NB: niet-natuurlijke overlijdens → geen overlegplicht + overlijdensattest enkel ingevuld door vaststellend arts



4.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol

- **Doelstelling:**
 - het achterhalen van de doodsoorzaak en het in kaart brengen van de omstandigheden en factoren die de, in eerste instantie onbekende, dood tot gevolg hadden
- **Organisatie**
 - minderjarigencentra gecentraliseerd in erkende ziekenhuizen
 - Erkenningscriteria
 - Financiering geregeld door “minderjarigenconventie” dus door FOD Volksgezondheid/RIZIV (!)

25

4.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol

- **Leeftijdscategorie:**
 - tot volle leeftijd van 17j
- **Doelgroep:**
 - aard van overlijden onbekend
- **Teamsamenstelling: expertise!**
 - multidisciplinair team (cfr. overleg)
 - Pediatrische subdisciplines (cardioloog, pneumoloog, radioloog, arts met expertise in kindermishandeling,...)
 - Wetsdokter

26

4.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol

- **Multidisciplinair overleg**
 - Conclusie over aard van overlijden (binnen ± 1 week)
 - Conclusie over doodsoorzaak in 2^e instantie (na onderzoeksresultaten)
 - PdK op de hoogte brengen van conclusie, al dan niet vrijgave lichaam
 - Informeren ouders over uitkomst onderzoek (doodsoorzaak, ev. gevolgen voor andere familieleden,...)
 - Invullen standaardformulier
 - met oog op **Child Death Review**

27

4.2 Child Death Onderzoek: Juridische randvoorwaarden

- Uitbreiding wet van 26 maart 2003 (<18m) tot “minderjarigenprotocol” (<18j)
- Terminologie “onverwacht en medisch onverklaard overlijden” veranderen naar “aard van overlijden onbekend”
- “Wiegendoodcentra” worden “minderjarigencentra”
 - erkenningscriteria bepalen
- PdK heeft begin- en eindbevoegdheid (≈ toezicht houden)

28

4.2 Child Death Onderzoek: Juridische randvoorwaarden

- Toestemming autopsie vragen aan ouders of echtgenoot bij ontvoogde minderjarigen
- Lichaam overbrengen naar een erkend centrum
- Na afloop vrijgave lichaam door PdK

29

4.3 Child Death Review (CDR) in Vlaanderen & Brussel

- **Doelstelling CDR:**

“Het systematisch identificeren van risicofactoren en -omstandigheden die hebben bijgedragen tot het overlijden en aldus nagaan welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden. Dit met het oog op het verminderen van het aantal kindersterfgevallen in de toekomst.”

30

4.2 CDR in Vlaanderen & Brussel

- **Bevoegde overheid:**
 - departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- **Organisatie:**
 - één nationaal coördinerend orgaan
 - lokale CDR teams (in universitaire ziekenhuizen)
 - één Vlaamse CDR (onder departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

31

4.3 CDR in Vlaanderen & Brussel

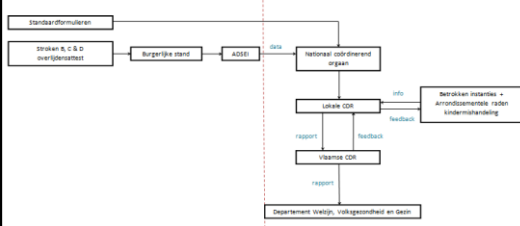
- **Leeftijdscategorie:**
 - tot volle leeftijd van 17j, met exclusie van duidelijke neonatale overlijdens
- **Doelgroep:**
 - alle overlijdens

32

4.3 CDR in Vlaanderen & Brussel

DATAVERZAMELING

REVIEW



33

4.3 CDR in Vlaanderen & Brussel

• Taakomschrijving:

- 1) Coördinerend orgaan
 - informatie verzamelen en review voorbereiden (lokale CDR en betrokken instanties op de hoogte brengen)
- 2) Lokale CDR's
 - bespreken casus ("grondig en individueel")
 - indien kindermishandeling: review door arrondissementale raden kindermishandeling? (cfr. expertise)
- 3) Vlaamse CDR
 - bespreken lokale bevindingen
 - opstellen statistisch rapport

34

4.3 CDR in Vlaanderen & Brussel

• Teamsamenstelling: multidisciplinair!

- 1) Coördinerend orgaan
 - Arts ADSEI
 - Jurist
 - Polyvalent administratief medewerker
- 2) Lokale CDR's
 - Vaste kern (artsen UZ, huisartsenroepel, CLB en Kind & Gezin)
 - Ad hoc-leden (forensisch arts, VK, afstappingsofficier, justitie, maatschappelijk werker, psycholoog, pedagoog...)
- 3) Vlaamse CDR
 - Vaste kern (arts ADSEI, verantwoordelijke departement Welzijn, Volksgezondheid en gezin,...)

35

4.3 CDR in Vlaanderen & Brussel: Juridische randvoorwaarden

- Oprichting Child Death Review (coördinerend orgaan, lokale CDR en Vlaamse CDR) in wet
- Alle betrokken actoren moeten een discretieclausule ondertekenen

36

4.3 Andere randvoorwaarden

- Sensibilisering betrokken actoren (PdK, artsen, nabestaanden, samenleving)
 - Draagvlak creëren
 - Informatiecampagne
 - Opleidingen
- Organisatie minderjarigenprotocol en CDR
- Expertise
- Financiering
 - Middelen voor opleiding geneesheer-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde
 - Financiering onderzoeken minderjarigenprotocol

37

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 **Pilootstudie (Hoofdstuk 5)**
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

38

Hoofdstuk 5 - pilootstudie

5. Pilootstudie: voorstel van aanpak in huidige context

- 5.1 Noodzakelijke randvoorwaarden voorafgaand aan de opstart van het pilootproject
 - 5.1.1 Geografische afbakening
 - 5.1.2 Sensibilisering betrokken actoren
 - 5.1.3 Werking minderjarigenprotocol
 - 5.1.4 Budgettaire omkadering
 - 5.1.5 Privacywetgeving
- 5.2 Indicatieve projectplanning en werkwijze
- 5.3 Uitwerking pilootstudie regio Gent
 - 5.3.1 Overlijdensattestering
 - 5.3.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol
 - 5.3.3 Child Death Review
 - 5.3.4 Globale evaluatie

39

5.1 Noodzakelijke randvoorwaarden

- Geografisch afgebakende regio Gent
- Sensibilisering actoren:
 - Parket Gent
 - Politie Gent (lokale recherche)
 - Wetsdokters
 - UZ Gent (wiegedoodcentrum)
 - Huisartsen, MUG-artsen, ...
- Budgettaire omkadering

40

5.2 Indicatieve projectplanning en werkwijze

- Fase 1
 - Voorstel aftoetsen met betrokken actoren
 - Theoretisch kader in vorm van protocol (juridische basis)
 - Draaiboek (praktisch kader, waaronder standaardformulieren)
- Fase 2
 - Goedkeuring theoretisch kader en draaiboek
 - Draagvlak creëren
 - Uitvoering pilootstudie
 - Regelmatige terugkoppeling
- Fase 3
 - Globale evaluatie met eindrapport

41

5.3 Uitwerking pilootstudie regio Gent

3 aspecten:

- ☐ Overlijdensattestering
- ☐ Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol
- ☐ Child Death Review: lokale CDR

42

5.3.1 Overlijdensattestering

- Officieel overlijdensattest (steeds door vaststellende arts):
 - Niet-natuurlijke aard van overlijden = gerechtelijk-geneeskundig bezwaar "ja" aankruisen
 - Duidelijk natuurlijke aard van overlijden = gerechtelijk-geneeskundig bezwaar "nee" aankruisen
 - Onbekende aard van overlijden = gerechtelijk-geneeskundig bezwaar "ja" aankruisen (! DD huidige procedure bij wiegendood!)
- Nieuw model overlijdensattest (cfr. strook A)
 - Niet-natuurlijke aard van overlijden = vaststellende arts
 - Natuurlijke aard van overlijden = vaststellende arts + wetsdokter
 - Onbekende aard van overlijden = vaststellende arts + wetsdokter
- Standaardformulieren (enkel bij onbekende overlijdens)
 - Vaststellende arts, wetsdokter, afstappingsofficier en multidisciplinair team UZ Gent

43

5.3.1 Overlijdensattestering

Natuurlijk overlijden

- Geen vervolg (eventueel klinische autopsie)

Niet-natuurlijk overlijden

- Justitieel onderzoek

Onbekend overlijden

- **Minderjarigenprotocol** (NB: ook bij seponering door PdK)
 - Inbeslagname lichaam door parket Gent
 - Vervoer lichaam naar wiegendoodcentrum UZ Gent (wordt tijdelijk minderjarigencentrum)

44

5.3.2 Child Death Onderzoek: Minderjarigenprotocol

- **Teamsamenstelling: expertise!**
 - Multidisciplinair team UZ Gent
 - Pediatrische subdisciplines (cardioloog, pneumoloog, radioloog, arts met expertise in kindermishandeling,...)
 - Wetsdokter

45

5.3.3 Child Death Review

- **Doelgroep:** alle onbekende overlijdens <18j
- **Dataverzameling:**
 - Standaardformulieren (vaststellende arts, wetsdokter, afstappingsofficier en multidisciplinair team UZ) en nieuw model overlijdensattest worden doorgestuurd naar CDR team UZ Gent
 - Coördinator:
 - verwerkt alle informatie in databank (cfr. intranet binnen UZ Gent)
 - brengt betrokken instanties op de hoogte en vraagt om informatie
 - beoordeelt volledigheid informatie en bereidt review voor

46

5.3.3 Child Death Review

- **Aanpak van review: CDR team UZ Gent (lokaal)**
 - CDR team in UZ wordt door coördinator op de hoogte gebracht van overlijden minderjarige
 - CDR team tekent discretieclausule voor aanvang review
 - ev. ad hoc experts uitnodigen
 - bespreken casus ("grondig en individueel")
 - ev. mondeling gesprek met betrokken instanties

47

5.3.3 Child Death Review

- **Aanpak van review: CDR team UZ Gent (lokaal)**
 - opstellen verslag met conclusies:
 - Welke modificeerbare factoren werden in deze casus geïdentificeerd?
 - Wat kunnen we, op basis van deze modificeerbare factoren, doen om toekomstige overlijdens van dezelfde aard te voorkomen?
 - feedback aan betrokken instanties
 - indien kindermishandeling → review door arrondissementale raden kindermishandeling? (cfr. expertise)

48

5.3.3 Child Death Review

NB:

- In 2^e instantie review door ander UZ (interne EN externe audit)
- geen review mogelijk van lopende gerechtelijk onderzoeken (niet-natuurlijke overlijdens)

49

5.3.4 Globale evaluatie

• Evaluatie pilootstudie door onderzoeksteam:

- Onderzoek op basis van:
 - Data nieuwe model overlijdensattest en standaardformulieren
 - Verslagen CDR team
 - Evaluatiegesprek met betrokken actoren (politie, wetsdokter, vaststellende artsen, CDR team, ouders, ...)

50

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. **Opbouw rapport**
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilootstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

51

2.6 Besluit

- Ver verwijderd van internationale situatie
- In huidige praktijk GEËN CDR mogelijk wegens talrijke knelpunten
- Voorstel van aanpak
 - 1) Overlijdensattestering: dataverzameling
 - 2) Child Death Onderzoek: 3-luik (medisch, justitieel, sociaal)
 - 3) Child Death Review bij alle overlijdens <18j: multidisciplinariteit en expertise

52

2.6 Besluit

- Aanbevelingen
 - Juridische: overlegplicht, nieuw overlijdensattest, uitbreiding wet 26 maart 2003, oprichting CDR
 - Andere: sensibilisering betrokken actoren, organisatie minderjarigenprotocol en CDR, expertise, financiering
- Pilootstudie
 - goede piloot nodig voor praktische haalbaarheid
 - knelpunten in kaart brengen

53

4^e stuurgroepvergadering

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering
2. Opbouw rapport
 - 2.1 Onderzoeksproject (Hoofdstuk 1)
 - 2.2 Literatuuroverzicht (Hoofdstuk 2)
 - 2.3 Vlaamse en Brusselse context (Hoofdstuk 3)
 - 2.4 Voorstel van aanpak in Vlaanderen & Brussel (Hoofdstuk 4)
 - 2.5 Pilootstudie (Hoofdstuk 5)
 - 2.6 Besluit (Hoofdstuk 6)
3. Casus

54

Situatieschets

Zuigeling (± 3 maand)

–onverwacht en medisch onverklaard overlijden tijdens slaap
–na door de onthaalmoeder in buikligging en in een afzonderlijke kamer te zijn gelegd

→Nu: toepassing wet “onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind <18m”

→Voorstel van aanpak: onbekend overlijden van een minderjarige

55

Fase 1:

Vaststelling en overlijdensattestering

Huidige aanpak

- Onthaalmoeder verwittigt hulpdiensten
- *MUG* ter plaatse
 - Onvoldoende expertise in wiegendood vs. kindermis(be)handeling
 - Ouders niet ter plaatse en MUG-arts wil niet attesteren voor er verder onderzoek uitgevoerd is, dus MUG-arts vertrekt al “reanimerend” naar ziekenhuis
- *Politie* ook ter plaatse (via 100 oproep) en verwittigt PdK
 - Aanwezigheid politie afhankelijk van al dan niet overlijden op de openbare weg (onthaalmoeder = grijze zone)
 - Contact PdK omwille van context (cfr. bij onthaalmoeder)
 - Onvoldoende expertise in wiegendood vs. kindermis(be)handeling

56

Fase 1:

Vaststelling en overlijdensattestering

Voorstel van aanpak

- MUG-arts contacteert wetsdokter
- Onderzoek van plaats/omstandigheden van overlijden
 - Expertise wetsdokter
- Attestering van onbekend overlijden
- Wetsdokter verwittigt PdK die *afstappingsofficier* inschakelt

Fase 2: Child Death Onderzoek

Huidige aanpak

- PdK vordert uitwendige schouwing in *vooronderzoek*
 - In ziekenhuis, niet ter plaatse
 - Geen argumenten voor opzettelijke misdadige tussenkomst van derden
 - Vrijgave lichaam voor autopsie onder de wet van 26 maart 2003
- *Geen* inspectie van plaats en omstandigheden van overlijden door iemand met de juiste expertise
- *Geen* sociale/justitiële context
- *Geen* kwaliteitsgarantie van medische diagnostiek
- *Geen* multidisciplinair overleg na afsluiten onderzoeken

58

Fase 2: Child Death Onderzoek

Voorstel van aanpak

- Grondig multidisciplinair onderzoek: *sociale, justitiële (cfr. afstappingsofficier) en medische context (cfr. vaststellende arts)*
- *Multidisciplinair overleg* na afloop minderjarigenprotocol (!)

Fase 3: Child Death Review

Huidige aanpak

- *Er gebeurt niets* met elementen uit de casus!
 - Onthaalmoeder heeft standaardrichtlijnen preventie wiegendood niet opgevolgd
 - Kind niet in buikligging leggen
 - Kind <6 maanden niet in aparte kamer
 - Beperkte informatie-uitwisseling tussen politie, artsen en ouders
 - Geen multidisciplinair overleg

60

Fase 3: Child Death Review

Voorstel van aanpak

- CDR bekijkt casus en beoogt *structurele wijzigingen met oog op preventie van analoge overlijdens*:
 - Aandacht vestigen op het niet toepassen van richtlijnen Kind & Gezin (in kader van preventie plots overlijden zuigelingen)
 - Sensibilisering, opleidingen, enz.
 - Onderzoek van sociale, justitiële en medische context
 - Kwaliteitsnorm (cfr. expertise en ervaring met minderjarigen)
 - Verbeteren communicatie tussen betrokken actoren
 - Wat als politie niet op de hoogte was geweest?
 - Wat met statistieken van feiten bij onthaalmoeders?

61

Leden van de stuurgroep

Mevr. Carine De Wilde	(Dep. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)
Dhr. Bert Van Puyenbroeck	(Kind & Gezin)
Mevr. Lieve Krobea	(Kind & Gezin)
Mevr. Kaat Peerenboom	(Vertrouwenscentrum kindermishandeling)
Proc. Wendy Vanvelthoven	(Parket Leuven)
Mevr. Christel De Craim	(FOD Justitie)
Dr. Wouter Karst	(KNMG)
Prof. Dr. Michel Piette	(Universiteit Gent)
Prof. Dr. Tom Balthazar	(Universiteit Gent)
Mtr. Sylvie Tack	(Universiteit Gent)
Mevr. Renilde Rens	(Politie Antwerpen)

Leden van het onderzoeksteam

Prof. Dr. Els De Letter: Els.DeLetter@UGent.be
Dr. Ann Verrijckt: Ann.Verrijckt@UGent.be
Dr. Karlien Dhondt: Karlien.Dhondt@UGent.be
Freja De Middel: Freja.DeMiddel@UGent.be
Joy Eliaerts: Joy.Eliaerts@UGent.be

4^e Stuurgroepvergadering 11/03/2014

Aanwezigen: Mevr. Carine De Wilde, Dhr. Bert Van Puyenbroeck, Dr. Kaat Peerenboom, Mevr. Christel De Craim, Mevr. Proc. Wendy Vanvelthoven, Mevr. Lieve Krobea, Prof. Dr. Michel Piette, Prof. Dr. Els De Letter, Dr. Ann Verrijckt, Dr. Karlien Dhondt, Mevr. Freja De Middeleer, Mevr. Joy Eliaerts

Verontschuldigd: Prof. Dr. Tom Balthazar, Mevr. Mter. Sylvie Tack, Mevr. Renilde Rens, Dr. Wouter Karst

1. Bespreking en goedkeuring verslag 3^e vergadering

Er worden geen opmerkingen geformuleerd op het 3^e stuurgroepverslag waardoor het verslag wordt goedgekeurd.

2. Opbouw rapport

2.1. Onderzoeksproject

2.2. Literatuuroverzicht

2.3. Vlaamse en Brusselse context

Er worden geen specifieke opmerkingen geformuleerd.

2.4. Voorstel van aanpak in Vlaanderen en Brussel

De opmerkingen van de stuurgroepleden op het finale voorstel van aanpak werden gebundeld in paragraaf 4.5. Deze opmerkingen in acht genomen, werd de toenmalige flowchart (cfr. beslissingsdiagram – figuur 1) gewijzigd. De nieuwe flowchart werd reeds voorgesteld in paragraaf 4.2.

We wensen de belangrijkste opmerkingen van deze laatste stuurgroepvergadering nog even te herhalen:

Mevr. Proc. Vanvelthoven stelt zich vragen bij het traject ‘onbekende overlijden’. Zij licht toe dat Parket Leuven momenteel een andere aanpak hanteert. Zowel bij niet-natuurlijke als bij onbekende overlijdens wordt de procureur ingeschakeld en worden alle registers opengetrokken. In beide gevallen wordt dus een justitieel onderzoek opgestart. De onderzoeksgroep motiveert de keuze om een onderscheid te maken tussen niet-natuurlijke en onbekende overlijdens, vooral omwille van de brede multidisciplinaire aanpak die noodzakelijk is in het onderzoek naar onbekende overlijdens. Tevens wordt er verwezen naar de aanpak van de vaststellende artsen in de huidige praktijk: er is een schroom om “gerechtelijk-geneeskundig bezwaar” aan te duiden als het gaat om een onbekend of onduidelijk overlijden, waarbij men niet onmiddellijk denkt aan een strafbaar feit. Als elk “onbekend” overlijden als een niet-natuurlijk of potentieel verdacht overlijden beschouwd wordt, zullen artsen dit waarschijnlijk niet gemakkelijk gaan attesteren, omwille van de

praktische implicaties die dat geeft (politie-tussenkoms, mogelijke stigmatisatie van de ouders of andere nabestaanden enzovoort). Het is de bedoeling om een meer neutrale attestering te laten gebeuren waardoor een bredere aanpak, met multidisciplinair onderzoek plaatsvindt en niet een zuiver justitiële visie.

Dr. Verrijckt benadrukt dat een samenwerking tussen justitie en de medische wereld noodzakelijk is, zodat uit beide domeinen de “best practices” kunnen gebruikt worden. Mevr. Proc. Vanvelthoven vult aan dat aanbevelingen nodig zijn die bepalen hoe een kwalitatief onderzoek, zowel medisch als justitieel, moet uitgevoerd worden.

Mevr. Proc. Vanvelthoven stelde eveneens voor om bij ieder onbekend overlijden een plaats delict team ter plaatse te sturen, in plaats van een afstappingsofficier. Ze verwijst hierbij naar de nieuwe DNA-wetgeving die strikte richtlijnen oplegt voor het sporenonderzoek. De onderzoeksgroep motiveert hierop de keuze voor een afstappingsofficier door aan te geven dat deze officier ook sporenbewust zal optreden en samen met de wetsdokter een voldoende inschatting kan maken over de noodzaak van een volledig sporenonderzoek. Dr. Verrijckt vult aan dat bijvoorbeeld ingeval een zuigeling thuis levenloos aangetroffen wordt in bed en nog reanimerend overgebracht wordt naar het ziekenhuis, het de DNA-sporen zullen zijn van ouders en kind. Sporenonderzoek is dan niet prioritair, maar wel contextinformatie en vaststellingen omtrent de plaats van overlijden (zoals het aantreffen van het kind enzovoort) waar een afstappingsofficier goed voor geplaatst is om die informatie te bekomen.

Mevr. De Craim merkte op dat de afstappingsofficier best vergezeld wordt door een vertegenwoordiger van slachtofferbejegening. Dit kan een politieassistent of een maatschappelijk assistent van de lokale politie zijn. Het is aangewezen om dit aspect volledig uit te klaren in een pilootproject.

Mevr. De Craim benadrukt, in het kader van de opstart van het minderjarigenprotocol, dat richtlijnen van het College van Procureurs-Generaal noodzakelijk zijn om een uniforme aanpak van de parketten te garanderen. Idealiter wordt bij elk onbekend overlijden waar geen aanwijzingen zijn voor tussenkomst door derden het minderjarigenprotocol opgestart.

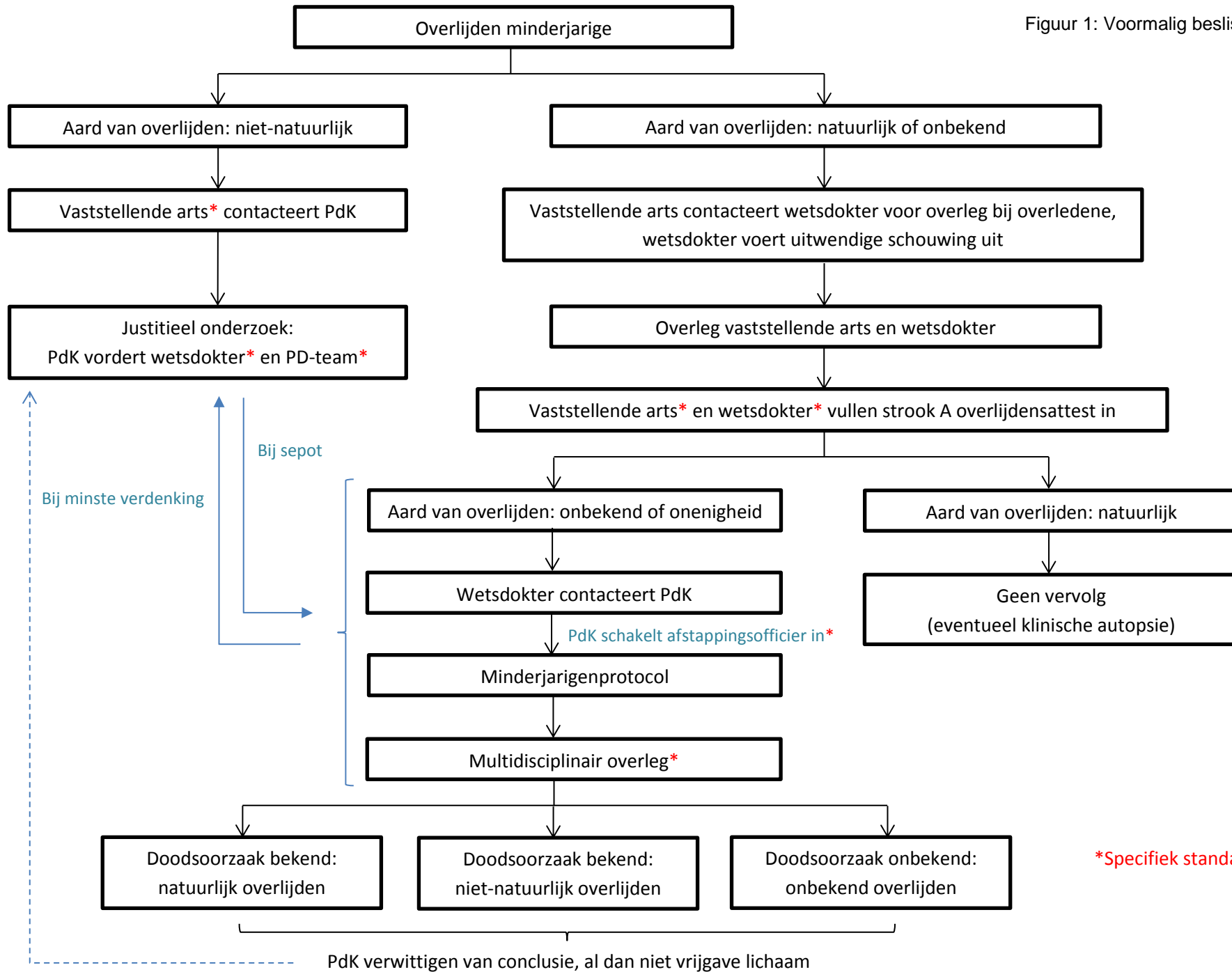
2.5. Pilootproject

Alle leden van de stuurgroep zijn het er over eens dat een pilootproject essentieel is om de haalbaarheid van het voorstel van aanpak na te gaan. De informatieverzameling, –uitwisseling en –beheer vormen hierbij de grootste uitdagingen in de huidige context. Het moet juridisch bekeken worden hoe een samenwerking tussen het minderjarigenprotocol en justitie mogelijk is (cfr. beroepsgeheim). De procureur zal alleszins een belangrijke rol vervullen, aangezien hij een tussenpersoon is voor de communicatie tussen de politie en het multidisciplinair team van het minderjarigenprotocol.

3. Casus

Mevr. Krobea merkt op dat er een meldingsplicht is bij onthaalmoeders bij wie er zich een probleem met een kind voordoet en zeker indien het een overlijden betreft. Er vindt dan ook een onderzoek plaats door de verantwoordelijke instantie die de onthaalmoeder een licentie geeft (cfr. Zorginspectie). Als gevolg ervan kan bijvoorbeeld de licentie van de onthaalmoeder tijdelijk ingetrokken worden. Mevr. Krobea concludeert dan ook dat de hiërarchische overheid vaak op de hoogte is van de aanwezige knelpunten, maar dat de opvolging onduidelijk is. De informatiedoorstroming verloopt vrij moeizaam. Men weet bijgevolg evenmin welke instantie actie onderneemt en wat de gevolgen hiervan zijn.

Figuur 1: Voormalig beslissingsdiagram.



Bijlage 6: Wet op de Lijkbezorging (Nederland) – art. 7 lid 1

Verklaring van overlijden (art. 7 lid 1, Wet op de Lijkbezorging)

Aktenummer:.....

De ondergetekende

Arts te

Verklaart te zijn behandelend arts van:

Voornamen (voluit)

Achternaam

Geboren op

Te

.....

☐ Gewoond hebbende te.....

Overleden op

☐ Wonende te

Uit wie op te

☐ een zoon ☐ dochter dood is geboren;

Verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd;

Indien de overledene minderjarig is op het tijdstip van overlijden, verklaart overleg te hebben gehad met de gemeentelijke lijkschouwer;

datum van overleg:

naam gemeentelijke lijkschouwer:

Verklaart er van overtuigd te zijn, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden.

Datum Handtekening

Krachtens artikel 6, tweede lid, Wet op de Lijkbezorging, is het de behandelend arts niet toegestaan als lijkschouwer op te treden, indien tussen hem en de overledene of de moeder van de doodgeborene bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad of huwelijk bestond of bestaat.

Bron: http://wetten.overheid.nl/BWBR0009080/geldigheidsdatum_27-03-2014#BIJLAGEI

Bijlage 7: Engeland

A. Child Death Onderzoek

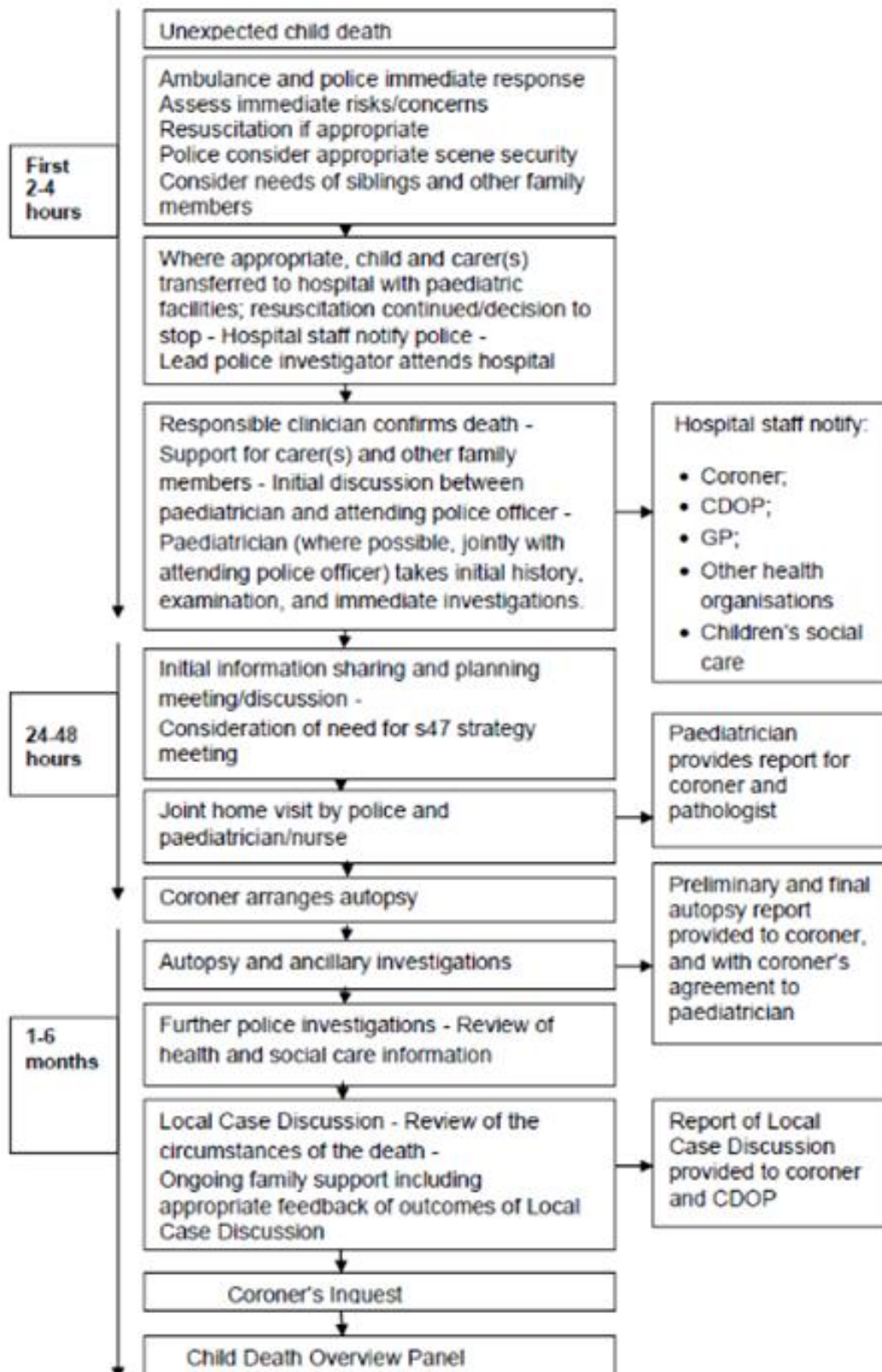
Engeland beschikt over een procedure die ingaat na de vaststelling van een “plots en onverwacht overlijden van een minderjarige”. In die gevallen doet men een Child Death Onderzoek, wat een zorgvuldig onderzoek is en bekend staat als “Rapid Response”. Het doel van de RR is het identificeren van factoren die hebben bijgedragen tot de dood, het vaststellen van de doodsoorzaak en het aanbieden van ondersteuning en het verschaffen van informatie aan de nabestaanden (Department for Education, 2013a).

De Rapid Response bestaat uit drie fases (figuur 1)(Sidebotham & Pearson, 2009):

- 1) *Immediate response*: transfer naar ziekenhuis, onderzoeken (met monsterafnames) door dienstdoende arts, voorgeschiedenis en antecedenten nagevraagd bij de ouders, bijeenkomst tussen professionals (bv. pediater en politie). Dit alles wordt gecoördineerd door een aangewezen kinderarts.
- 2) *Early response* (meestal binnen de week): informatie-uitwisseling tussen verschillende professionals, bijeenkomsten, voorgeschiedenis in detail nagaan, onderzoek plaats delict door politieagent en eventueel wetsdokter en mogelijk bevraging aan de ouders, autopsie, ondersteuning familie
- 3) *Later response* (na één week tot enkele maanden later): verzameling bijkomende achtergrondinformatie (bv. medisch dossier school), laatste discussie tussen de betrokken professionals, opstellen verslag, de coroner beveelt mogelijks een inquest, feedback naar de ouders

De Rapid Response wordt uitgevoerd door de belangrijkste professionals die betrokken zijn bij het overlijden van een kind. Deze professionals komen bij elkaar om het overlijden te onderzoeken. De RR wordt gecoördineerd door een aangewezen kinderarts die verantwoordelijk is voor het onderzoek naar onverwachte overlijdens bij kinderen. Het verrichten van een autopsie maakt dus onderdeel uit van het onderzoek naar plotse onverwachte overlijdens.

Nadat de resultaten van de autopsie bekend zijn, komen de professionals voor een laatste keer samen. Het doel van deze vergadering is om alle informatie samen te leggen, zodat de doodsoorzaak kan worden geïdentificeerd, net als de mogelijke factoren die hebben bijgedragen tot de dood. Men zal ook de rol van de professionals tijdens en na het overlijden evalueren. Het verslag van de vergadering wordt opgestuurd naar het CDOP en de coroner. Een lid van de vergadering moet vervolgens met de ouders de conclusies bespreken en eventuele vragen van hen beantwoorden (Sidebotham & Pearson, 2009).



Figuur 1: Rapid Response bij plots en onverwacht overlijden van een kind.

B. Child Death Review Proces

In 2003 werd in het Verenigd Koninkrijk de Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH) in het leven geroepen. CEMACH verving de Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI) en de Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD). Daardoor lag de focus niet enkel op de perinatale problematiek, maar werd de volledige kindersterfte beschouwd (Weindling, 2003). In 2006 startte CEMACH een Child Death Review pilootstudie op (Pearson, 2008). Het idee voor Child Death Reviews ontstond in het Verenigd Koninkrijk naar aanleiding van de dood van een 8-jarig meisje, genaamd Victoria Climbié, ten gevolge van zware kindermishandeling (Sidebotham, 2012)³².

Sinds 1 april 2006 moet elke lokale overheid in Engeland een Local Safeguarding Children Board (LSCB) oprichten onder toezicht van het Department for Education (DfE) (The Secretary of State for Education and Skills, 2006). Elke Local Safeguarding Children Board is verantwoordelijk voor het beschermen en het bevorderen van het welzijn van kinderen. Vanaf 1 april 2008 is elke LSCB wettelijk verplicht om Child Death Reviews uit te voeren. Onder Child Death Review verstaat men “het reviewen van alle overlijdens van kinderen die woonachtig zijn in de regio (vanaf de geboorte, met exclusie van doodgeborenen, tot en met de leeftijd van 17 jaar)” (Department for Education, 2013b). De aanpak van Child Death Reviews staat beschreven in een wettelijk vastgelegde overheidsrichtlijn, genaamd “Working together to safeguard children” (Department for Education, 2013a).

Doelstelling

Het doel van Child Death Reviews in Engeland is om lessen te trekken uit kindersterfgevallen, zodat het aantal vermijdbare sterfgevallen in de toekomst zal dalen (Department for Education, 2013a; Sidebotham et al., 2011).

Doelgroep

Alle overlijdens van kinderen tot en met de leeftijd van zeventien jaar (met exclusie van doodgeborenen) worden bekeken (Department for Education, 2013a).

Wetgeving

Het Child Death Review proces is sinds 2008 verankerd in de wet. Daarenboven helpen enkele andere wetteksten eveneens bij de werking van de Child Death Review.

- *Children Act 2004*

Artikel 13 (1) van de Children Act 2004 stelt dat elke lokale overheid een LSCB moet oprichten (Department for Education, 2013b). In artikel 14 (2) van de Children Act 2004 staan vervolgens de functies van LSCB's beschreven. Deze staan ook uiteengezet in

³² Uit cijfers bleek ook dat slechts bij één vijfde van de kindersterfgevallen een post mortem wordt uitgevoerd en bij slechts 13% een public inquest (Bunting & Reid, 2005).

Regulation 6 of the Local Safeguarding Children Boards Regulations 2006 (The Secretary of State for Education and Skills, 2006).

- *Children and Young Persons Act 2008*

Volgens de Children and Young Persons Act 2008 moeten de Registrars of Births and Deaths de overlijdensakte van het kind delen met de LSCB's. Daarnaast moet de Registrar General alle informatie betreffende kindersterfgevallen (ook diegene die in het buitenland plaatsvonden) aan de Secretary of State geven (Department for Education, 2013b).

- *The Coroners (Amendment) Rules 2008*

Volgens The Coroners (Amendment) Rules 2008 moet elke coroner de LSCB van de desbetreffende regio waar het kind overlijdt informeren wanneer hij in zijn jurisdictie belast wordt met een kindersterfgeval. Deze wetgeving geeft de coroner ook de bevoegdheid om de informatie die nodig is voor de Child Death Review te delen met de LSCB's (Department for Education, 2013b).

- *Government Guidance Working Together to Safeguard Children*

Hoofdstuk 5 van de Government Guidance "Working Together to Safeguard Children" beschrijft de richtlijnen die gevolgd moeten worden voor het opstarten van een Child Death Review (Department for Education, 2013b).

Financiering

De overheid heeft voor de komende drie jaren 52 miljoen pond (62 miljoen euro) uitgereikt ter ondersteuning van de CDR processen (Sidebotham et al., 2011). De verdere financiering in de toekomst is nog steeds onzeker (Vincent, 2013).

Uitvoerende actoren

- *Local Safeguarding Children Boards (LSCB's)*

Een LSCB is een organisatie die door elke lokale overheid moet worden opgericht (artikel 14 van de Children Act 2004) in het kader van het beschermen van kinderen en het bevorderen van hun welzijn. Wanneer een kind tussen de nul en de volle leeftijd van zeventien jaar overlijdt, moet de LSCB van de corresponderende regio worden ingelicht (Department for Education, 2013a).

De functies van een LSCB zijn de volgende (The Secretary of State for Education and Skills, 2006):

- het voeren van beleid en het ontwikkelen van procedures voor het beschermen en het bevorderen van het welzijn van kinderen;
- aan de slag gaan met de aanbevelingen die gedaan worden door het Child Death Overview Panel (CDOP) om beleid, professioneel handelen en multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot het welzijn van kinderen te verbeteren;

- op de hoogte brengen van alle relevante organisaties (waaronder het CDOP) wanneer een overlijden van een kind zich voordoet;
- instaan voor de communicatie met relevante personen en instanties, hen bewust maken en aanmoedigen;
- de effectiviteit van CDR proces monitoren en evalueren;
- diensten voor kinderen oprichten binnen de lokale overheden;
- Serious Case Review ondernemen;
- de overheid en andere partners adviseren over lessen die getrokken kunnen worden.

Teamleden LSCB

Artikel 13 van de Children Act 2004 stelt dat een LSCB moet bestaan uit ten minste één vertegenwoordiger van de lokale overheid en uit andere partners van bestuurlijke overheden, politiediensten, vertegenwoordigers van de jeugdzorg enzovoort.³³

Daarnaast moeten er in de LSCB twee lekenrechters zetelen die de lokale gemeenschap vertegenwoordigen, alsook vertegenwoordigers van relevante instanties zoals het onderwijs³⁴ (Department for Education, 2013a).

- *Child Death Overview Panels (CDOP's)*

Een CDOP bestaat uit een groep van professionals die alle overlijdens van kinderen in hun regio reviewen. Alle informatie die het CDOP krijgt, is geanonimiseerd. De bevindingen en mogelijke aanbevelingen van het CDOP worden vervolgens gerapporteerd aan het LSCB. Een CDOP kan voor meer dan één LSCB werken (Department for Education, 2013a).

De functies van een CDOP zijn (Department for Education, 2013a):

- alle overlijdensgevallen van kinderen tot en met de leeftijd van zeventien jaar (behalve doodgeborenen en abortus) die gebeuren in hun regio bekijken. Dit zijn zowel de overlijdensgevallen die door het Rapid Response team werden onderzocht alsook de overige gemelde overlijdensgevallen
- data verzamelen van elk kind en, indien nodig, voor het opvragen van informatie bij professionals en nabestaanden
- nagaan of de dood te voorkomen was. Tijdens de review wordt gekeken naar het handelen van de betrokken professionals bij het overlijden en hun betrokkenheid vóór het overlijden, naar relevante gezins- en omgevingsfactoren en gezondheid gerelateerde en culturele aspecten om zo goed en grondig mogelijk te kunnen onderzoeken hoe dergelijke sterfgevallen in de toekomst voorkomen kunnen worden

³³district councils, the chief officer of police, the Local Probation Trust, the Youth Offending Team, the NHS Commissioning Board and clinical commissioning groups, NHS Trusts and NHS Foundation Trusts, Cafcass, the governor or director of any secure training centre in the area of the authority, the governor or director of any prison in the area of the authority which ordinarily detains children)

³⁴the governing body of a maintained school, the proprietor of a non-maintained special school, the proprietor of a city technology college, a city college for the technology of the arts or an Academy, the governing body of a further education institution the main site of which is situated in the authority's area

- identificeren van patronen of trends in de data, wat vervolgens aan het LSCB gerapporteerd wordt
- rapporteren van aanbevelingen aan een LSCB of andere relevante instanties, zodat acties in de toekomst ondernomen kunnen worden om sterfgevallen te voorkomen
- indien een CDOP vermoedt dat verwaarlozing of misbruik tot de dood van het kind heeft geleid, moet de LSCB voorzitter worden ingelicht met de vraag of een Serious Case Review is vereist
- samenwerking met regionale en nationale initiatieven
- goedkeuren van lokale procedures voor het reageren op onverwachte kindersterfgevallen

Teamleden CDOP

Het team bestaat uit een kern van vaste leden. Deze vaste kern verschilt per CDOP. Wanneer de mening van een specifieke deskundige nodig wordt geacht voor een case, kunnen ad hoc relevante professionals het CDOP vervoegen (Department for Education, 2013a).

Verloop Child Death Review Proces

De Child Death Review wordt uitgevoerd door een Child Death Overview Panel, onder leiding van een LSCB. Dit panel bekijkt alle sterfgevallen van minderjarigen (Sidebotham & Pearson, 2009). De aanloop naar en het verloop van de review kunnen opgedeeld worden in vier stappen.

- STAP 1: Overlijden kind

De wet vereist dat onverwachte overlijdens gemeld worden aan de Coroner, en aan de politie indien de doodsoorzaak niet-natuurlijk of onbekend is. De LSCB van de corresponderende regio van overlijden moet eveneens worden ingelicht. Een onverwacht overlijden wordt gedefinieerd als *“the death of an infant or child (less than 18 years old) which was not anticipated as a significant possibility for example, 24 hours before the death; or where there was a similarly unexpected collapse or incident leading to or precipitating the events which lead to the death”* (Department for Education, 2013a). Het onverwachte overlijden kan een gekende doodsoorzaak hebben (bv. een auto-ongeval) of kan geen duidelijke doodsoorzaak hebben. Bij onverwachte overlijdens wordt steeds de Rapid Response opgestart (stap 2).

Bij een verwacht overlijden dient de LSCB van de corresponderende regio te worden ingelicht. Een Child Death Overview Panel zal deze sterftegevallen bekijken (stap 3).

- STAP 2: Rapid Response (enkel in gevallen van plots onverwacht overlijden) (Sidebotham & Pearson, 2009)

Deze stap kwam reeds eerder aan bod.

- STAP 3: CDOP (figuur 2)

Het panel bekijkt alle (zowel de onverwachte als de overige) overlijdens van kinderen tot de volle leeftijd van achttien jaar. Het panel maakt een verslag over de lessen die getrokken kunnen worden. Het bepaalt ook of het sterfgeval al dan niet vermijdbaar was. Vermijdbare kindersterfgevallen worden gedefinieerd als *“those in which modifiable factors may have contributed to the death. These factors are defined as those which, by means of nationally or locally achievable interventions, could be modified to reduce the risk of future child deaths”* (Department for Education, 2013a). Het CDOP maakt zijn bevindingen over aan de LSCB en doet ook aanbevelingen aan de LSCB.

- STAP 4: LSCB (figuur 2)

De LSCB zorgt ervoor dat de aanbevelingen van het CDOP bij de juiste instanties terechtkomen. Bij ernstige gevallen kan de LSCB het nodig achten om een gedetailleerder onderzoek uit te voeren, wat een Serious Case Review wordt genoemd (cfr. infra).

De LSCB stelt jaarlijks een verslag op, wat openbaar beschikbaar is. Door anonimisering blijft de identiteit van het kind en de familie geheim.

Opleidingen

Aan de universiteit van Warwick worden opleidingen georganiseerd (Department for Education, 2012). Tijdens deze opleidingen leert men onder andere hoe om te gaan met de verschillende standaardformulieren (Department for Education, 2014).

Serious Case Reviews (SCR's)

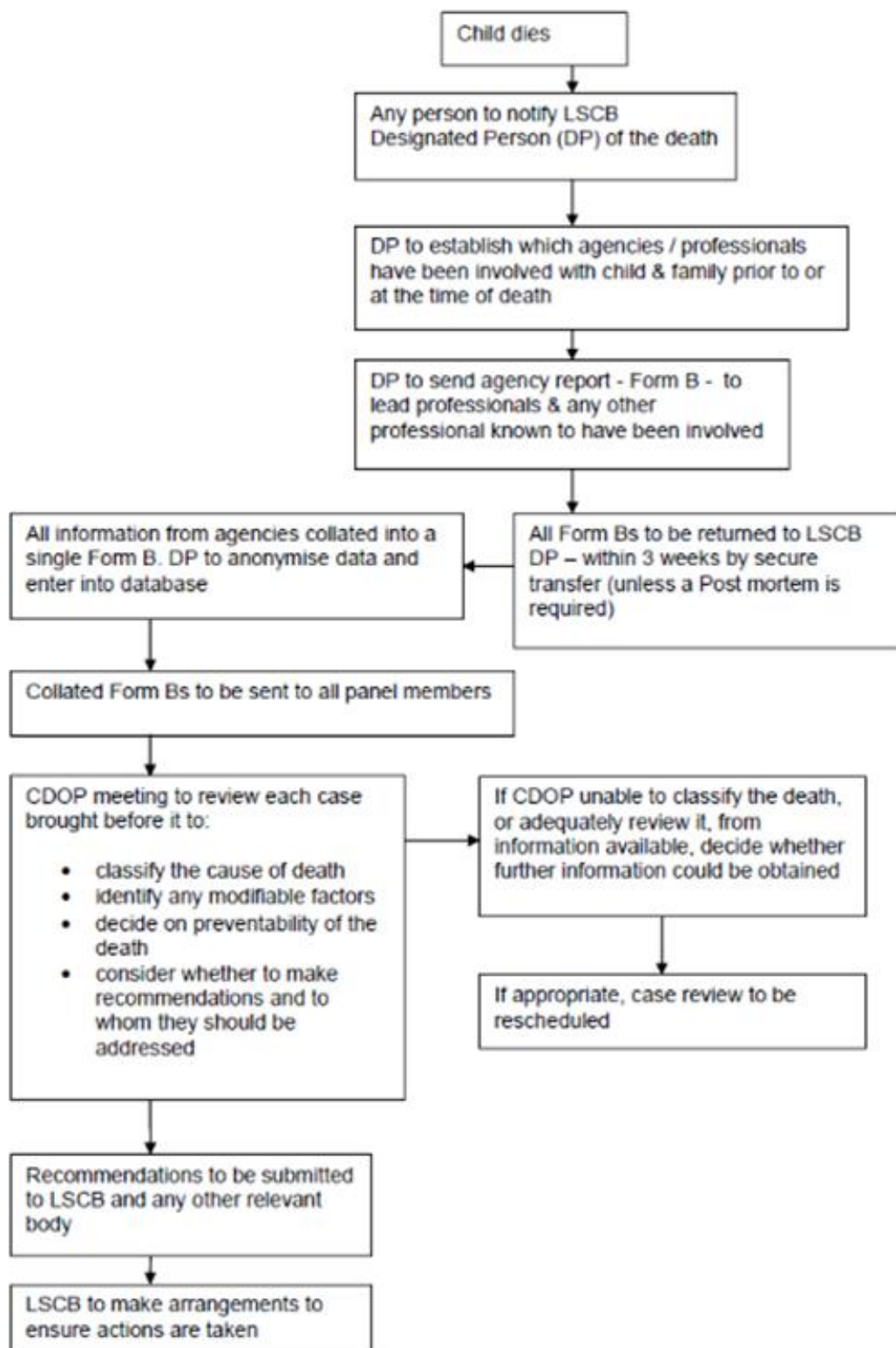
Een Serious Case Review moet ondernomen worden in volgende gevallen:

- wanneer mishandeling of verwaarlozing van een kind wordt vermoed of bekend is en het kind is (i) overleden, of (ii) ernstig mishandeld en er is reden tot bezorgdheid (falen van samenwerking tussen de overheid, de LSCB partners of andere relevante personen)
- als een kind sterft en geplaagd was door het politionele of justitioneel apparaat
- als een kind sterft door vermeende suïcide
- als men van mening is dat een welbepaalde casus een waardevolle bijdrage kan leveren en er lessen uit kunnen getrokken worden (bv. over hoe bepaalde organisaties samenwerken)

Zowel het Rapid Response team als het CDOP kunnen op ieder moment de LSCB inroepen en vragen om een Serious Case Review uit te voeren. De beslissing tot het al dan niet uitvoeren van een Serious Case Review is dus de verantwoordelijkheid van de LSCB.

Het evalueren van de effectiviteit van SCR's is moeilijk (Ofsted, 2008; Sidebotham, 2012). SCR's kunnen blootleggen wat er gebeurd is met de kinderen, maar de cruciale vraag over het waarom blijkt moeilijker te beantwoorden. De aanbevelingen van SCR's richten zich

eerder op beleid en procedures, dan op wat er echt dient te veranderen in praktijk. Er is geen bewijs dat deze aanbevelingen effectief leiden tot een betere bescherming van kinderen. De kwaliteit van de reviews neemt eveneens toe met de tijd. Het ziet er naar uit dat men het beter aanpakt, maar dit komt niet in alle cijfers tot uiting. Daardoor blijft extrapolatie moeilijk (Sidebotham, 2012).



Figuur 2: Stroomdiagram Child Death Review Proces bij overlijden kinderen tot en met 17 jaar.

Bijlage 8: Wales – Child Death Onderzoek (PRUDiC)

De Procedural Response to Unexpected Deaths in Childhood (PRUDiC) is een standaardprocedure als reactie op het onverwacht overlijden³⁵ van een minderjarige. Dit in tegenstelling tot het Child Death Review proces, dat alle kindersterfgevallen bekijkt (cfr. 2.6.2). Het doel van PRUDiC is “*to ensure that the response is safe, consistent and sensitive to those concerned, and that there is uniformity across Wales in the multi-agency response to unexpected child deaths*” (Naughton & Wood, 2010).

Teamleden PRUDiC

Tot het PRUDiC team behoren alle personen die via hun beroep betrokken waren bij het kind, voor of door diens overlijden. De procedure brengt het werk van verschillende instanties, en dus ook meerdere disciplines, samen onder leiding van de coroner en de PRUDiC Practitioner (Naughton & Wood, 2010).

- *Spoeddiensten*
- *Verantwoordelijke kinderarts*

De kinderarts bevestigt het overlijden van het kind en verwittigt binnen de 24 uur het CDR team via het meldingsformulier. Vervolgens informeert zij andere actoren zoals de politie, de PRUDiC practitioner en de coroner. Dit gebeurt eveneens binnen de 24 uur. De kinderarts overlegt met de coroner over het afnemen van stalen vóór het post mortem onderzoek. Ten slotte brengt ze de coroner en de patholoog op de hoogte van alle fysieke bevindingen op het moment zelf en van deze uit het verleden (Naughton & Wood, 2010).

- *HM Coroner/Coroner's Officer*

De coroner officer maakt in het ziekenhuis reeds een eerste stand van zaken op over het incident en de mogelijke voorgeschiedenis. Hij informeert binnen de 24 uur de PRUDiC practitioner met alle relevante informatie (Naughton & Wood, 2010).

- *PRUDiC practitioner*

De practitioner heeft een heleboel verantwoordelijkheden: beslissen over de classificatie “verwacht-onverwacht overlijden”, coördineren van en informatie-uitwisseling tussen verschillende instanties, en erop toezien dat het PRUDiC proces geëvalueerd wordt aan het einde van het onderzoek (Naughton & Wood, 2010).

- *National Child Death Review (NCDR) team*

Het team wordt via het meldingsformulier binnen de 24 uur op de hoogte gebracht van alle onverwachte sterfgevallen. Zij richten een centraal contactpunt op en zorgen voor de informatieverzameling. Om geen enkel overlijden over het hoofd te zien, onderhoudt het

³⁵ Men spreekt van een onverwacht overlijden wanneer het overlijden niet beschouwd werd als een mogelijkheid gedurende de voorgaande 24 uur, of wanneer een onverwachte impact leidde tot of voorafging aan de dood.

team relaties met het *coroner's office*, het *Registrar of Deaths* en de LSCB's (Naughton & Wood, 2010).

- *Police Senior Investigating Officer (SIO)*³⁶
- *Overige professionele partners*

Tot de overige partners behoren onder andere de huisarts, vroedvrouw, sociaal werker, leraar, psychiater, patholoog, enzovoorts (Naughton & Wood, 2010).

Verloop PRUDiC

De standaard PRUDiC procedure start op het moment van het overlijden en eindigt met het overmaken van een volledig rapport aan het CDR team. De opstart van de procedure hangt af van de situatie. Er bestaan immers enkele uitzonderingen, zoals het overlijden binnen de 24 uur na de geboorte van kinderen onder medisch toezicht en het overlijden van kinderen met een verminderde levensverwachting. Behoudens deze uitzonderingen worden alle onverwachte kindersterfgevallen eerst meegedeeld aan de HM Coroner. Hij zal in samenspraak met de Senior Investigating Officer (SIO) van de politie en de PRUDiC *practitioner* beslissen welke elementen van de PRUDiC procedure uitgevoerd worden. De procedure bestaat uit drie fasen (figuur 1)(Naughton & Wood, 2010):

- *Fase 1 (0-5 dagen)*

Information Sharing & Planning Meeting (binnen 2 werkdagen)

De SIO of de PRUDiC-practitioner organiseren een information sharing and planning meeting, die zij zelf zullen voorzitten. De vergadering vindt plaats binnen de twee werkdagen na het overlijden en in de meeste gevallen voor het post mortem onderzoek (Naughton & Wood, 2010).

Enkele afspraken die men tijdens deze eerste vergadering maakt (Naughton & Wood, 2010):

- planning en proces van het onderzoek
- leiding van het onderzoek
- singel point of contact bepalen
- reeds beschikbare informatie uitwisselen

De volgende personen of instanties nemen onder andere deel aan de vergadering: politie (SIO), gezondheidszorg (PRUDiC practitioner, kinderarts, patholoog, enzovoort), LSCB, HM Coroner (Naughton & Wood, 2010).

Potentieel bezoek aan plaats van overlijden (binnen 24u)

Het plaatsbezoek schets vooral een beeld van de omgeving waar het kind overleden is. Indien het om een plaats delict gaat, vraagt men steeds de toestemming van de politie. Bij auto-ongevallen wordt geen plaatsbezoek ondernomen (Naughton & Wood, 2010).

³⁶ Dit zijn gespecialiseerde Chief Inspectors die belast worden met grote onderzoeken.

Bij het overlijden van kinderen onder de twee jaar doen de SIO en de PRUDiC practitioner altijd een plaatsbezoek. Wanneer het om oudere kinderen gaat, beslissen ze eerst of dit nodig is. Als het kind buitenshuis sterft, is steeds de toestemming van de ouders nodig (Naughton & Wood, 2010).

Post mortem onderzoek (binnen 5 dagen)

De patholoog verricht in alle zaken een post mortem onderzoek, tenzij een arts een medisch overlijdensattest geeft of de coroner anders beslist. Indien het post mortem onderzoek geen doodsoorzaak aan het licht brengt of deze niet-natuurlijk blijkt te zijn, stelt de coroner een eigen onderzoek in (Naughton & Wood, 2010).

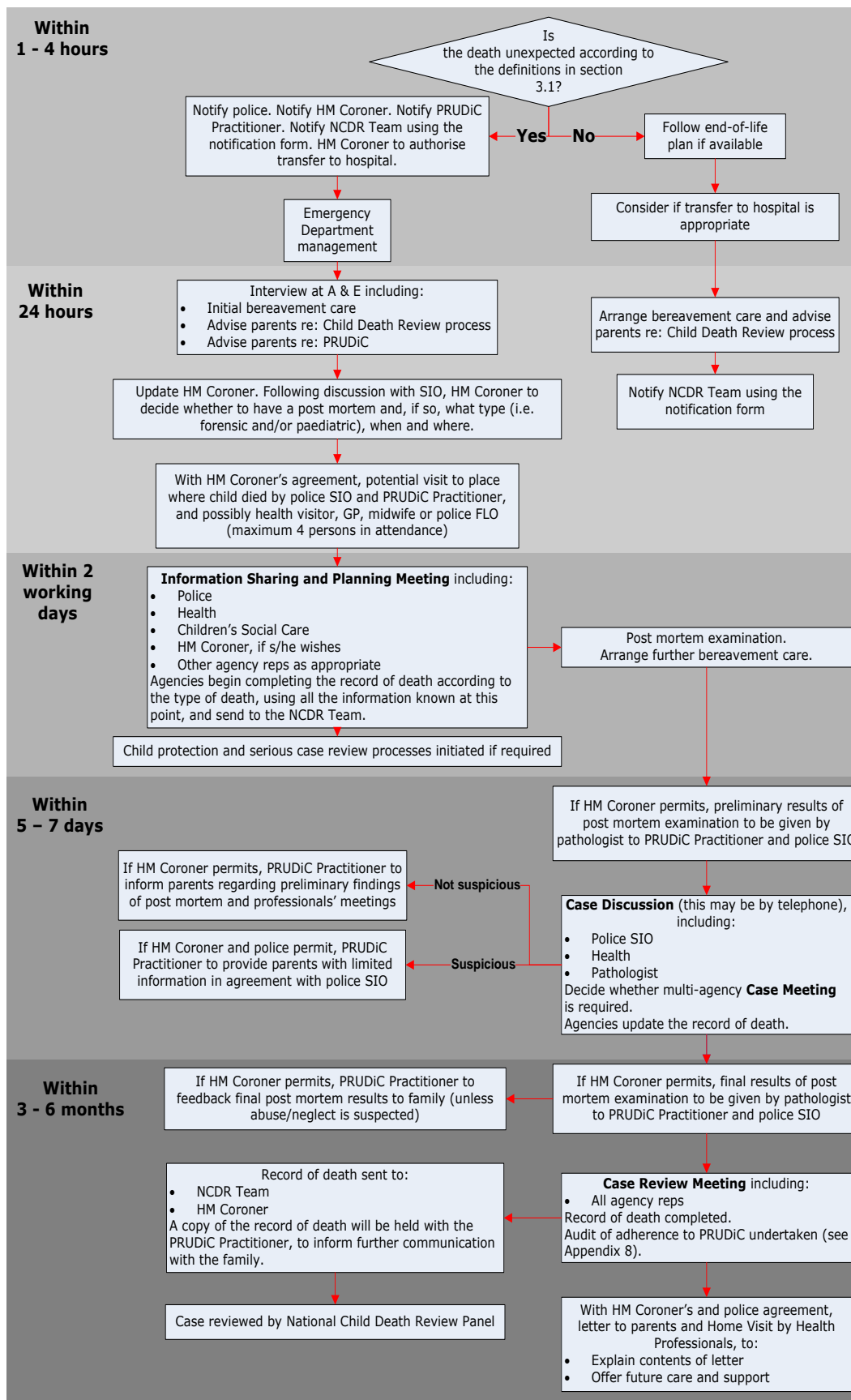
Bij vermoedens van mishandeling haalt men er een forensisch patholoog bij. Als er geen aanwijzingen zijn van een niet-natuurlijke dood, maar er in het verleden wel meldingen van mishandeling waren, worden de “All Wales Child Protection Procedures” gevolgd. Als het post mortem onderzoek een bezorgdheid uit omtrent kinderbescherming en er nog andere kinderen binnen de familie gekend zijn, zal men de kinderbeschermingsinstantie op de hoogte brengen (Naughton & Wood, 2010).

- Fase 2: Case discussion/meeting (5-7 dagen)

Na de eerste resultaten van het post mortem onderzoek vindt een discussie plaats tussen de SIO, de PRUDiC practitioner en de patholoog. Dit kan telefonisch afgehandeld worden. Als het nodig blijkt, organiseert men een Case Review Meeting om alle betrokken partijen op de hoogte te brengen van de huidige stand van zaken (resultaten plaatsbezoek en post mortem onderzoek, verdere onderzoeken nodig)(Naughton & Wood, 2010).

- Fase 3: Case review meeting (3-6 maanden)

Deze vergadering roept men samen nadat alle resultaten van de relevante onderzoeken (definitief post mortem verslag) bekend zijn. Wanneer de coroner geen eigen onderzoek instelde, zal tijdens deze meeting ook definitief de doodsoorzaak vastgelegd worden (Naughton & Wood, 2010).



Figuur 1: PRUDiC proces.

Bijlage 9: Nederland – Child Death Review (SERRAFIM)

Het SERRAFIM project vormt het Nederlandse onderdeel van een Duits-Nederlandse samenwerking, dat sinds 1 januari 2011 de haalbaarheid onderzoekt van het installeren van speciale teams die op systematische wijze reviews uitvoeren van alle gevallen van kindersterfte na de perinatale periode en tot de volle leeftijd van zeventien jaar. Deze Child Death Review evalueert alle NODO-casussen enige maanden na het overlijden. De CDR heeft het doel een brede audit uit te voeren van alle sterfgevallen van minderjarigen (NODO-Commissie, 2012). Er wordt daarbij nagegaan of bepaalde factoren aanwijzingen kunnen geven voor de preventie van gelijkaardige overlijdens in de toekomst, onder andere door een verbetering van de zorg (Teeven, 2012).

Voor dit pilootproject werden de provincies Overijssel en de regio Achterhoek gekozen in Nederland en de deelstaat Nordrhein-Westfalen in Duitsland (Knoeff-Gijzen, 2013). Omwille van financiële beperkingen is het tot op heden echter niet mogelijk gebleken om de CDR in te voeren (Teeven, 2012).

Doelstelling

Het doel van het SERRAFIM project is het aantal sterfgevallen van kinderen te reduceren door (Knoeff-Gijzen, 2013):

1. het systematisch identificeren van risicofactoren en risico-omstandigheden die hebben bijgedragen aan het optreden van een sterfgeval,
2. het aggregeren van deze gegevens, en
3. het ontwikkelen van aanbevelingen en methoden voor preventie.

Doelgroep

Oorspronkelijk werden alle kindersterfgevallen na de perinatale periode en tot de leeftijd van twee jaar geïnccludeerd. Vanaf 1 januari 2012 is de doelgroep voor de Child Death Review uitgebreid naar alle kindersterfgevallen vanaf 29 dagen postpartum tot en met zeventien jaar.

De casussen die in het Duitse deel van het project worden geïnccludeerd, richten zich alleen op wiegendood (Knoeff-Gijzen, 2013).

Financiering

De financiering van het project gebeurt via het Interreg-programma. Dit is een initiatief van de Europese Unie ter bevordering van de grensoverschrijdende samenwerking in de Unie.

Samenstelling team

CDR is een multidisciplinair team, bestaande uit een kinderarts, huisarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige, forensisch arts, maatschappelijk werker en psycholoog/psychotherapeut (NODO-Commissie, 2012).

Verloop Child Death Review proces

De uitvoering van een Child Death Review vindt enkel plaats indien er toestemming is van de ouders. Een speciale folder met informatie voor de ouders is dan ook beschikbaar.

1. Signalering kindersterfgeval

Voor het signaleren van een sterfgeval is men in dit project afhankelijk van een melding door de (direct) betrokken professionals of door de ouders zelf. Men verzoekt deze personen het overlijden via e-mail of telefoon te melden aan de coördinator van het onderzoeksteam, met vermelding van de contactgegevens (Knoeff-Gijzen, 2013).

2. Bijeenkomst

Voorafgaand aan elke bespreking in het kader van de Child Death Review tekent iedere deelnemer een geheimhoudingsverklaring. Er zijn eveneens regels vastgesteld om de bespreking zo efficiënt mogelijk uit te voeren (Knoeff-Gijzen, 2013).

3. Dataverzameling

Het Registratiepunt Overlijden Minderjarigen draagt zorg voor de verzameling en aggregatie van alle gegevens die verkregen zijn door de CDR-teams, eventueel in aanvulling van die van het NODO-team. Dit resulteert in een overzicht van alle overlijdens van minderjarigen, van de doodsoorzaken en de omstandigheden rond het overlijden (NODO-Commissie, 2012).

Bijlage 10: New South Wales (Australië)

New South Wales beschikt momenteel over twee instanties voor het bespreken van kindersterfgevallen: het Child Death Review Team (CDRT) en de Ombudsman³⁷ (Lamont, 2010). Het CDRT is sinds 1996 verantwoordelijk voor de jaarlijkse review van alle overlijdens (NSW Child Death Review Team, 2011). Het bureau van de Ombudsman bekijkt daarentegen enkel de reviewable deaths. Dit zijn overlijdens van kinderen die onder toezicht stonden, stierven in verdachte omstandigheden of stierven ten gevolge van mishandeling of verwaarlozing (NSW Government, 2011).

Doelstelling

De doelstelling van het review team is “*to prevent and reduce the deaths of children in New South Wales*” (NSW Child Death Review Team & NSW Ombudsman, 2012). Het moet zwakke punten in het justitieel systeem identificeren, omdat deze de preventie van overlijdens in de toekomst vertragen. Het is dus niet de bedoeling om de schuld van bepaalde personen aan te tonen, om het werk van professionals in vraag te stellen of om de doodsoorzaak te onderzoeken. Dit zijn allemaal taken van de politie en de coroner, die betrokken zijn als het om een verdacht overlijden gaat (Lamont, 2010).

Om de doelstelling te bereiken, zal het team een aantal specifieke taken uitvoeren (NSW Legislation, 2011):

1. een register bijhouden van alle kindersterftegevallen in New South Wales sinds 1996
2. de sterftegevallen classificeren volgens doodsoorzaak, demografische criteria en andere relevante factoren
3. de data analyseren om patronen en trends te identificeren
4. aanbevelingen maken om het aantal gevallen van kindersterfte te verminderen
5. domeinen aankaarten waar verder onderzoek gewenst is

Doelgroep

Het Child Death Review Team onderzoekt het overlijden van ieder kind tot de leeftijd van achttien jaar, zonder aanwijzingen van kindermishandeling (NSW Government, 2011).

Bevoegde overheid

Sinds 2011 behoort het CDRT tot het bureau van de Ombudsman, die sindsdien ook de voorzitter van het team is (NSW Government, 2011). Voor 2011 viel het team onder de bevoegdheid van de Commission of Children and Young People. Toen het CDRT nog niet tot het bureau van de Ombudsman behoorde, werden enkel de sterfgevallen in verdachte omstandigheden of ten gevolge van mishandeling of verwaarlozing besproken (Lamont, 2010).

³⁷ Het bureau van de Ombudsman is een onafhankelijk orgaan dat toezicht houdt op alle overheidsinstanties in NSW.

Wetgeving

Het Child Death Review Team werd opgericht onder de Community Services Act van 1993 (NSW Child Death Review Team, 2011).

Financiering

Gezien de regionale coördinatie van het review proces is het hoogst waarschijnlijk dat de staat New South Wales zelf instaat voor de financiering. We beschikken echter over geen relevante bronnen die deze bewering kunnen staven.

Samenstelling bevoegd orgaan

Het CDR team bestaat zowel uit onafhankelijke experts van verschillende vakgebieden als uit vertegenwoordigers van overheidsinstellingen (Shannon & Gibbons, 2012). Er mogen niet minder dan veertien en niet meer dan twintig leden zijn. De kern, die jaarlijks minstens vier keer samenkomt, bestaat steeds uit de Ombudsman, de Commissioner for Children and Young People en de Community and Disability Services Commissioner. Aan deze kern kunnen nog andere personen toegevoegd worden. Dit kunnen vertegenwoordigers zijn van het Ministerie van Volksgezondheid, de politie, justitie en de coroners (NSW Legislation, 2011).

Verloop Child Death Review Proces

Tussen 2003 en 2010 onderzocht het CDRT gemiddeld 614 zaken per jaar (NSW Government, 2011). Het team baseert zich vooral op documenten en notities van de onderzoeken, maar kan soms ook beroep doen op ontmoetingen met de betrokken staf of familie. De Ombudsman kreeg in de loop van 2009 en 2010 45 gevallen te verwerken (Lamont, 2010).

Het CDRT maakt ieder jaar een rapport over aan het parlement. Dit beschrijft onder andere de ondernomen activiteiten en de mate waarin de voorgaande aanbevelingen van het CDRT geaccepteerd en geïmplementeerd werden in de praktijk. Daarnaast stelt het team ieder jaar een rapport op met de verzamelde en geanalyseerde data van de kindersterftegevallen van het vorige jaar. Dit rapport wordt eveneens overgemaakt aan het parlement en kan ook aanbevelingen bevatten over de werking van het team (NSW Legislation, 2011).

Bijlage 11: British Columbia (Canada)

British Columbia beschikt over drie instanties die gevallen van kindersterfte bekijken: een Child Death Review Unit, de Representative for Children and Youth of British Columbia en het Ministry of Children and Family Development (Shannon & Gibbons, 2012).

A. Child Death Review Unit

De Child Death Review Unit werd opgericht in 2003 en is gebaseerd op bestaande Child Death Review programma's binnen de openbare gezondheidszorg (Shannon & Gibbons, 2012).

Doelstelling

Het doel van CDR is om beter te begrijpen waaraan kinderen sterven en deze bevindingen te gebruiken om toekomstige overlijdens te voorkomen en om de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van alle kinderen te verbeteren. Dankzij de verkregen data kunnen er mogelijke trends in doodsoorzaken geïdentificeerd worden. Bekomen informatie uit de reviews kan gedeeld worden met verschillende organisaties, zodat er acties kunnen ondernomen worden om de huidige aanpak te verbeteren en nieuwe sterfgevallen te voorkomen (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).

Doelgroep

De CDR unit bekijkt alle kindersterfgevallen tot de leeftijd van achttien jaar die aan de coroner worden gemeld. Overlijdens van kinderen die "verwacht" sterven aan een gediagnosticeerde ziekte worden ook onderzocht. Soms wordt een sterfgeval individueel bekeken, maar casussen kunnen ook samen worden besproken (Shannon & Gibbons, 2012). Na ongeveer een jaar, dus na afronding van het onderzoek door de coroner, vindt de review plaats (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).

Bevoegde overheid

De CDR unit behoort tot de British Columbia Coroners Service (BCCS). Dit is een instantie binnen het Ministry of Public Safety and Solicitor General (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009). De rationale hierbij is de toegankelijkheid tot informatie. Dit moedigt de coroner aan om zoveel mogelijk betrouwbare en consistente informatie te verzamelen tijdens zijn onderzoek en zorgt ervoor dat de CDR unit gemakkelijk aan de nodige informatie kan geraken via de coroner (Shannon & Gibbons, 2012).

Wetgeving

De wettelijke basis voor de CDRU is verankerd in de Coroners Act 2007 (artikels 47-51)(Shannon & Gibbons, 2012):

- De CDRU heeft een wettelijk mandaat om alle kindersterfgevallen tot achttien jaar te bekijken, individueel of in groep (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).
- Case reviewers hebben de bevoegdheden om onderzoeken te doen, met inbegrip van het opvragen van bijkomende informatie, nodig geacht voor de case review (Shannon & Gibbons, 2012).
- De wet vereist dat de Chief Coroner een jaarlijks rapport opstelt en publiceert om de samenleving te informeren over de preventie van kindersterfte (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).
- Volgens de wetgeving is het voor de CDR leden verboden om elke vorm van verantwoordelijkheid vast te stellen of juridische conclusies aan een zaak te verbinden (Shannon & Gibbons, 2012).

Financiering

De financiering gebeurt op provinciaal niveau.

Bevoegd orgaan

De CDR unit bestaat uit een directeur, een programma-assistent en case reviewers met expertise in pediatrie en forensische geneeskunde, kinderwelzijn en preventie (Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009). Soms kunnen ook andere experts van CDRU's uit andere jurisdicties toegevoegd worden (Shannon & Gibbons, 2012).

Verloop Child Death Review proces

- *Melding overlijden kind*

De CDRU wordt binnen de twaalf uur verwittigd in geval van een overlijden van een kind dat gemeld wordt aan een coroner. In het geval van een natuurlijk, verwacht overlijden moet de CDRU volgens de wet niet verwittigd worden, maar de CDRU krijgt deze informatie op regelmatige basis van het Vital Statistics Agency (Shannon & Gibbons, 2012).

Het CDR proces start wanneer de coroner na zijn onderzoek ("Child Death Investigation") de casus doorverwijst naar de CDRU ("Child Death Review")(Shannon & Gibbons, 2012).

- *Primary review*

Initieel bekijkt een case reviewer de casus. Indien hij vindt dat er onvoldoende informatie beschikbaar is, zal eerst de nodige informatie worden opgevraagd. Vervolgens zal de case reviewer een gestandaardiseerd protocol ("Child Death Review Protocol") doorlopen (Shannon & Gibbons, 2012). Dit protocol verzamelt gedetailleerde informatie over het kind,

zijn familie en het onderzoek (namelijk de omstandigheden van het overlijden en risicofactoren)(Taylor, 2006).

- *Multidisciplinary review*

Na de primary review volgt een review van de casus door een multidisciplinair team. Dit bespreekt de omstandigheden van het overlijden en de mogelijke risicofactoren die hebben bijgedragen tot het overlijden. Men bepaalt dan of het overlijden al dan niet vermijdbaar was en gaat na welke acties kunnen worden ondernomen (Shannon & Gibbons, 2012).

Rapportering

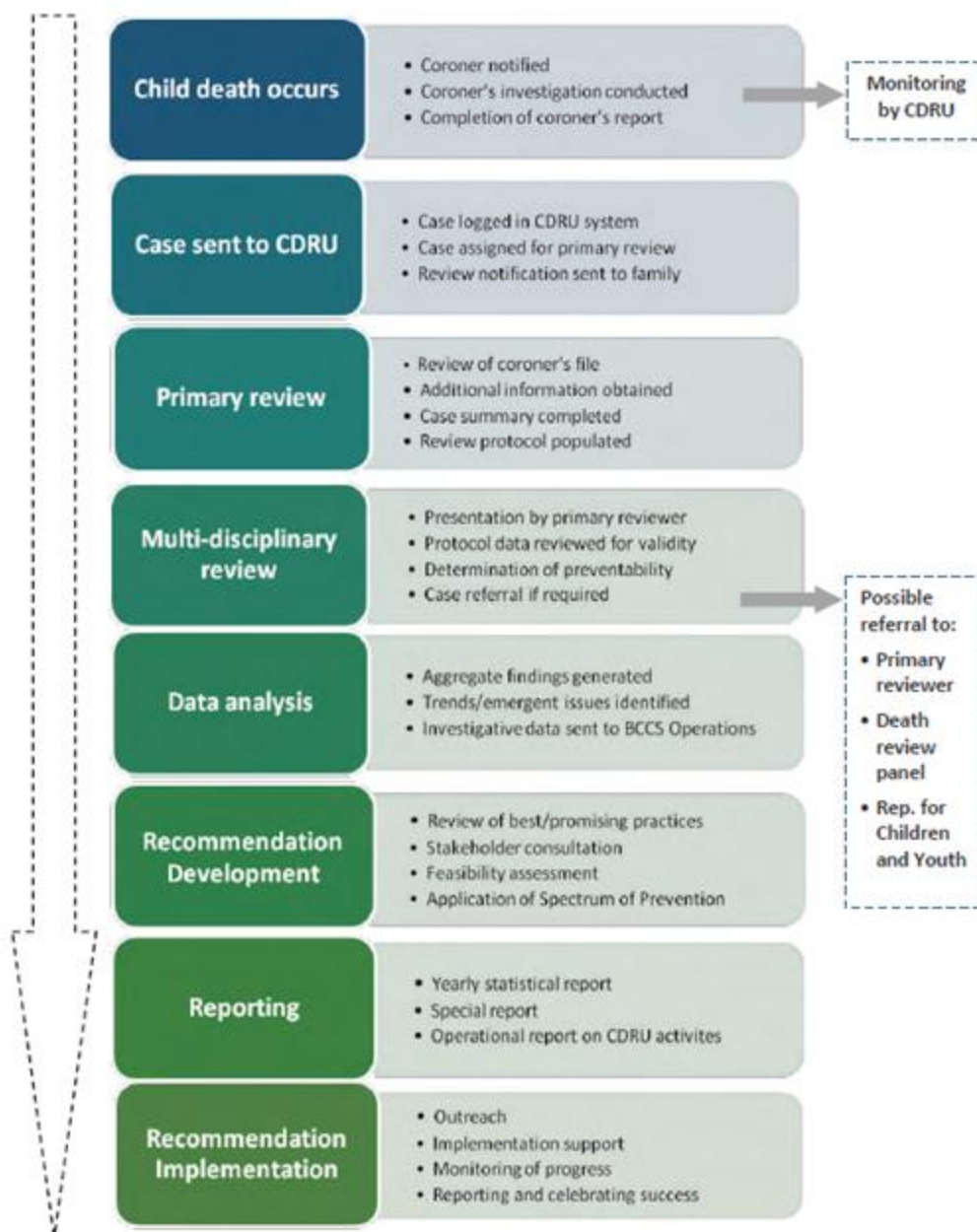
Na elke review dient een teamlid van de CDRU verslag uit te brengen aan de Chief coroner (Shannon & Gibbons, 2012). Daarnaast rapporteert de CDRU nog op drie andere manieren. Het jaarlijks rapport omvat alle activiteiten van het afgelopen jaar, brengt een samenvatting van de bevindingen, bespreekt de vooruitgang die is gemaakt met betrekking tot aanbevelingen en geeft statistieken. Er bestaan ook thematische verslagen, zoals een bundeling van alle gevallen van verdrinking. Statusrapporten zijn overzichtsrapporten waarbij over meerdere jaren bevindingen worden gepresenteerd die meer gedetailleerde analyse van trends en risicofactoren in kindersterfte toelaten (Shannon & Gibbons, 2012).

Betrokkenheid ouders

Het CDRU team laat via een brief aan de ouders weten dat het overlijden van hun kind zal worden onderzocht en nodigt hen ook uit om te participeren (Vincent, 2013). Ouders halen wel aan dat ze bezorgd zijn om de schending van de privacy van hun overleden kind (Shannon & Gibbons, 2012).

Child Death Review Panels

In de wet staat geschreven dat de CDRU, occasioneel, een speciaal Child Death Review Panel kan aanbevelen. Het is dan aan de Chief coroner om dit panel bijeen te roepen. Dit is echter nog maar zelden gebeurd (april en juli 2008)(Shannon & Gibbons, 2012).



Figuur 1: Stroomdiagram Child Death Review process
(Child Death Review Unit & BC Coroners Service, 2009).

Naast de Child Death Review Unit bekijken nog twee andere instanties gevallen van kindersterfte: de Representative for Children and Youth en het Ministry of Children and Family Development.

B. Representative for Children and Youth (RCY)

De Representative for Children and Youth werkt niet voor de overheid. De RCY is een onafhankelijke “Officer of the Legislature”. De rol en de bevoegdheden van de RCY staan beschreven in de Representative for Children and Youth Act. De RCY kan een review opstarten indien het overlijden, of een ernstig incident, van een kind (tot de leeftijd van achttien jaar) voldoet aan bepaalde criteria. Na het uitvoeren van een review moet de RCY hierover een rapport schrijven (Shannon & Gibbons, 2012).

C. Ministry of Children and Family Development (MCFD)

De MCFD heeft de verantwoordelijkheid om alle overlijdens of ernstige incidenten van kinderen in pleegzorg of die onder kindbescherming stonden (tot twaalf maanden ervoor) te bekijken. De directeur kan beslissen of een case review al dan niet nodig is (Shannon & Gibbons, 2012).

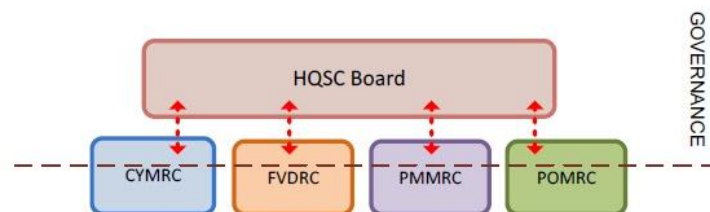
Bijlage 12: Nieuw-Zeeland

Nieuw-Zeeland beschikt over een nationaal gecoördineerd Child Death Review systeem, net zoals Engeland (Vincent, 2013). Hoewel de oprichting ervan sinds de jaren tachtig aangemoedigd werd, duurde het tot 1994 vooraleer men effectief tot actie over ging (Barrington, 2004). De aanleiding hiertoe waren twee incidenten waarbij steeds een elfjarige na mishandeling om het leven kwam. Zij deden de publieke verontwaardiging omtrent het aantal gewelddadige kindersterfgevallen immens groeien. Niettemin duurde het uiteindelijk nog tot 2000 vooraleer het Child and Youth Mortality Review Committee (CYMRC) in de New Zealand Public Health and Disability Act opgenomen werd.

De Public Health and Disability Act voorziet in de oprichting van een National Mortality Review Program (NMRP). Dit is het overkoepelend systeem van reviews in Nieuw-Zeeland (Bellett et al., 2013). Het nationaal programma bestaat uit vier verschillende review comités die elk verantwoordelijk zijn voor het bespreken van specifieke sterfgevallen (Health Quality and Safety Commission, 2014):

1. Perioperative Mortality Review Committee (PMRC)
2. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee (PMMRC)
3. Child and Youth Mortality Review Committee (CYMRC)
4. Family Violence Death Review Committee (FVDRC)

Gezien de relevantie voor ons project, ligt de focus hierna enkel op de laatste twee comités. Deze richten zich op het overlijden van kinderen en jongeren, en op het overlijden van volwassenen en jongeren ten gevolge van familiaal geweld.



Figuur 1: Operationele componenten NMRP (Shannon & Gibbons, 2012).

De structuur van de CYMRC is afgeleid van een tweeledig systeem uit Michigan, VS (bijlage 13). Enerzijds is er een overkoepelend nationaal comité, het CYMRC, en anderzijds richtte men lokale comités op, de Local Child and Youth Mortality Review Groups (LCYMRG). Deze worden ingedeeld onder de bestaande District Health Boards (DHB) en zijn de belangrijkste informatieverzamelaars van het comité. De tweeledige structuur maakt het mogelijk om zowel nationale als lokale data te verzamelen en aanbevelingen op te stellen (Shannon & Gibbons, 2012). Dit aspect is onmiddellijk één van de sterktes van het Nieuw-Zeelandse systeem.

Doelstelling

De doelstelling van mortality reviews, en dus ook van de CYMR, is *“determining problems or failings with systems or processes, and recommendations will not focus on individual actions. They are not courts of inquiry – not for name/blame/shame procedures”* (Child and Youth Mortality Committee, 2004). Om deze doelstelling te bereiken, steunt men op vier centrale pijlers (Shannon & Gibbons, 2012):

1. lokale betrokkenheid,
2. tijdig afhandelen van onderzoeken,
3. vertrouwelijkheid via een klein multidisciplinair team en
4. controle van dataverzamelingsprocessen om de effecten op lange termijn te meten.

Doelgroep

Het CYMRC verzamelt informatie over alle kindersterfgevallen van kinderen met een leeftijd tussen 28 dagen en 24 jaar. Het comité zal in zoveel mogelijk gevallen en zolang dit haalbaar is een diepgaande analyse uitvoeren (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012).

Bevoegde overheid

Sinds 2011 werd de verantwoordelijkheid voor het nationaal review programma overgedragen van het Ministerie van Volksgezondheid naar de Health Quality and Safety Commission (HQSC)³⁸.

Wetgeving

Zoals eerder vermeld, regelt de New Zealand Public Health and Disability Act sinds 2000 de werking van het nationaal review programma. Daarnaast voorziet de Act dat personen de gevraagde informatie aan de comités kunnen geven zonder de Privacy Act (1993) en de Health Information Privacy Code (2004) te overtreden. Wanneer de informatie daarentegen niet gegeven wordt, kan de persoon in kwestie vervolgd worden (Health Quality and Safety Commission, 2014).

Financiering

Het nationaal programma wordt gefinancierd door de Nieuw-Zeelandse overheid. Ongeveer 54 procent van het totale budget gaat naar de Child and Youth Mortality Reviews (Bellett et al., 2013).

³⁸ De HQSC is een zogenaamde ‘Crown entity’, die deel uitmaakt van de Nieuw-Zeelandse overheidssector. De werking van de organisatie is volledig onafhankelijk, hoewel de overheid toezicht houdt op deze werking.

Samenstelling team

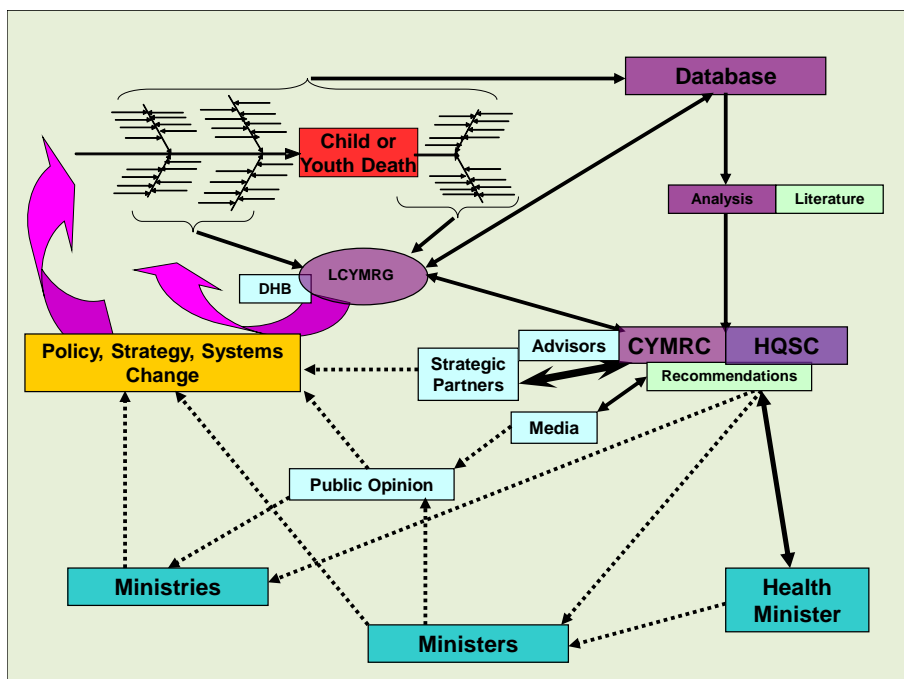
Het CYMRC bestaat uit maximum tien leden, waaronder een vertegenwoordiger van het Ministerie van Volksgezondheid en een wetsgeneesheer. Daarnaast doet men een beroep op experts uit verschillende disciplines en contexten (Shannon & Gibbons, 2012). Het comité komt vier keer per jaar samen om sterfgevallen van kinderen en jongeren te bespreken (Health Quality & Safety Commission New Zealand, 2012b). Het comité rapporteert aan de Minister van Volksgezondheid, verleent adviezen en ontwerpt ook strategische plannen en methoden om het ziekte- en sterftcijfer te verminderen (Shannon & Gibbons, 2012).

De lokale review groepen bestaan eveneens uit sterke, multisectoriële teams. Ze brengen feiten en bezorgdheden van de gemeenschap naar buiten en maken daarbij dankbaar gebruik van lokale instanties, zoals de politie. Deze instanties wonen alle vergaderingen van de LCYMRG's vrijwillig en kosteloos bij en gebruiken de bevindingen uit de reviews om de kwaliteit van hun eigen werking te verbeteren (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012).

Verloop CDR proces

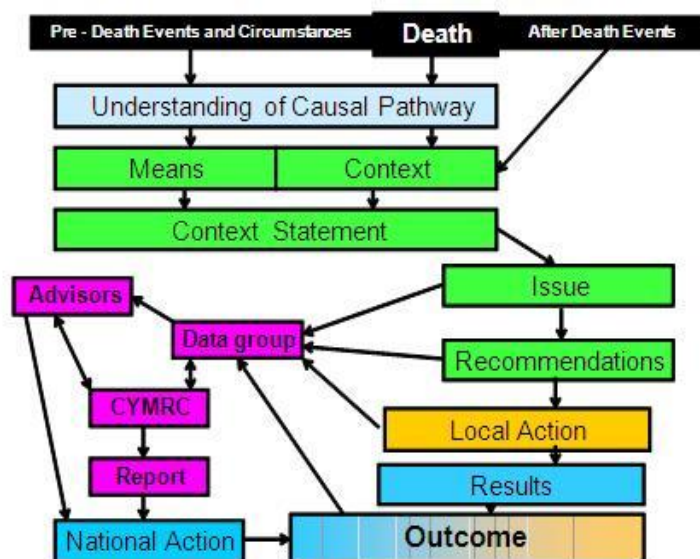
Na een aantal jaren is een duidelijke review cyclus ontstaan. Het proces begint op het lokale niveau, waar de lokale CYMR groepen verantwoordelijk zijn voor het bespreken van alle sterfgevallen binnen hun district (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012). De relevante informatie voor het review proces wordt verzameld door agenten die aangeduid werden door het CYMRC of door health investigators³⁹. Deze voeren de informatie in de nationale databank in, waar de Mortality Review Data Group (MRDB) de data beheert. Daarna gebruiken de lokale DHB-coördinatoren de informatie voor de review op het lokale niveau. Hun bevindingen worden eveneens aan de nationale databank toegevoegd. Vervolgens bespreekt het CYMRC alle verzamelde informatie, zowel nationaal als lokaal, en alle lokale aanbevelingen. Dit resulteert in een gedetailleerd overzicht van regionale en nationale trends. De CYMRC-adviseurs zullen op basis van dit overzicht preventiestrategieën voorstellen en aanbevelingen formuleren (Shannon & Gibbons, 2012). De aanbevelingen worden tot slot overgemaakt aan het Ministerie van Volksgezondheid (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012).

³⁹ Deze medewerkers zijn betrokken in het onderzoek van de coroner en verzamelen informatie in twee specifieke gevallen: SUDI en suïcide. Zij geven de verzamelde informatie aan de coroner en informeren ook het CYMRC (CYMRC, 2004).



Figuur 2: Het CYMRC-systeem (Shannon & Gibbons, 2012).

Het nationaal comité beveelt de lokale comités in bepaalde gevallen om diepteonderzoeken uit te voeren. De selectie van de gevallen hangt af van de interesse en expertise van het Comité, de huidige interesse van politiek en media en de specifieke sterfgevallen waarin men een mogelijkheid ziet om het systeem te verbeteren. Waar het CYMRC enkel focust op algemene informatie over sterfgevallen, en dus niet op de gebeurtenissen die resulteren in het overlijden, bespreken de lokale comités de “causal pathway” die leidt tot het overlijden van het kind (zie figuur 3). Dit betekent daarentegen niet dat men een onderzoek voert naar de specifieke doodsoorzaak. De lokale onderzoeksgroepen verzamelen enkel informatie over de omstandigheden van het overlijden. De processen op nationaal en lokaal niveau zijn bijgevolg complementair (Shannon & Gibbons, 2012).



Figuur 3: Logisch kader mortality review (Shannon & Gibbons, 2012).

Wat het partnerschap tussen het CYMRC en andere instanties betreft, is de relatie met de coroner de belangrijkste. Terwijl het Comité informatie ontvangt van allerhande instanties, verzamelt de coroner informatie over de omstandigheden van het overlijden. De lokale comités worden dan ook aangemoedigd om een goede relatie met de coroner te onderhouden (Child and Youth Mortality Review Committee, 2012). Het moet wel benadrukt worden dat de coroner niet betrokken wordt in het CDR-proces zelf. Hij is niet verplicht om zijn informatie te delen met de lokale comités en kan dus ook niet gesanctioneerd worden als hij de informatie-uitwisseling weigeren (Vincent, 2013).

“Coroners have been quite clear that they do not want to be involved because they don’t want to be biased” (Vincent, 2013).

Data

Het CDR-proces in Nieuw-Zeeland wordt ondersteund door een excellent datasysteem. Er is één gecentraliseerde, beveiligde databank met alle informatie over sterfgevallen van kinderen en jongeren. De New Zealand Mortality Review Data Group is verantwoordelijk voor het verzamelen, beheren en analyseren van de informatie voor het CYMRC. Dit soort ondersteunende informatie is cruciaal, omdat een CDR-proces enkel goed kan functioneren als de informatie nuttig geanalyseerd wordt op nationaal en lokaal niveau (Vincent, 2013).

Bijlage 13: Michigan (VS)

Het Child Death Review programma, "*Keeping Kids Alive*" genaamd, werd opgericht in 1995. Het pilootproject werd eerst toegepast in 17 counties. Na een verankering in de wet werd het pilootproject uitgebreid naar alle 83 counties van Michigan (Shannon & Gibbons, 2012).

Doelstelling

CDR tracht te begrijpen waaraan kinderen sterven en gebruikt deze bevindingen om toekomstige overlijdens te voorkomen. Het stuurt immers het beleid bij om de gezondheid, de veiligheid en de bescherming van alle kinderen te bevorderen.

Enkele objectieven van het CDR programma zijn: de accurate identificatie en uniforme rapportering van de doodsoorzaak en de aard van overlijden, het verbeteren van de communicatie en coördinatie tussen verschillende organisaties, en de ontwikkeling en implementatie van gestandaardiseerde protocollen (MPHI-CCFH, X.-b).

Doelgroep

Niet alle kindersterfgevallen worden bekeken. Lokale CDR teams selecteren casussen op basis van criteria die ze zelf opstellen (Shannon & Gibbons, 2012). Men raadt minstens volgende categorieën aan: alle zaken van de medical examiner, plotse of onverwachte overlijdens, onverklaarde overlijdens, suïcides, ongevallen, moorden en alle zaken waar het DHS reeds bij betrokken was of al een gerechtelijke afhandeling hebben gekend (MPHI-CCFH, X.-c). Grote counties moeten zich meestal beperken tot casussen die onder de jurisdictie van de medical examiner vallen, voornamelijk de niet-natuurlijke sterfgevallen. Niet-natuurlijke overlijdens worden beschouwd als beter te voorkomen, omdat men dan ook over meer informatie beschikt (Michigan Child Death State Advisory Team, 2011).

De meeste lokale CDR teams bekijken kindersterfgevallen tot de leeftijd van 18 jaar, hoewel er ook teams zijn die tot de leeftijd van 21 jaar gaan. Indien een kind sterft buiten de county waar hij woont, moet er overleg zijn tussen de betrokken counties (MPHI-CCFH, X.-c).

Bevoegde overheid

Het Department of Human Services (DHS) heeft een contract met het Michigan Public Health Institute (MPHI) voor het beheer van het Child Death Review programma. Volgens dit contract moet het MPHI onder andere jaarlijkse trainingen aanbieden, jaarlijkse regionale bijeenkomsten bijwonen, preventie-inspanningen aanmoedigen, materialen en hulp aanbieden, enzovoort (Michigan Child Death State Advisory Team, 2011).

Wetgeving

Sinds 1997 is het Child Death Review programma verankerd in de wet. De Child Protection Law Public Act 167 (1997) vermeldt volgende zaken:

- “to support the establishment and operation of local child death review teams. It defines local teams as having a team membership of at least the county medical examiner, a senior representative from local law enforcement, an FIA and local public health representative and the prosecuting attorney or his/her designee. It also designates the team as a statutorily created task force.”
- “establishes a Child Death Review State Advisory Team to provide guidance to local CDR teams and to make recommendations to the Governor and Michigan legislature based on local findings”
- “provides safeguards for this confidential exchange of information”

Volgens de Health Insurance Portability and Accountability Act van 1996 moet het CDR team geen toestemming hebben van de ouders om gezondheidsinformatie van het kind te gebruiken in de review (Pierce et al., 2005).

Financiering

Het CDR programma wordt gefinancierd door het Department of Human Services en bedraagt jaarlijks 500 000 dollar. Voor de staat zelf werken ongeveer 4 mensen aan het CDR programma. De financiering houdt de technische ondersteuning aan lokale teams en het opleiden van teamleden in (MPHI-CCFH, X.-e). Op lokaal niveau wordt enkel gewerkt met vrijwilligers (Shannon & Gibbons, 2012).

Bevoegd orgaan

- Het Child Death State Advisory Team (regionaal niveau)

Er werd een CDR team op het niveau van de staat, Child Death State Advisory Team, opgericht. De voorzitter is iemand van het Department of Human Services. Het team bestaat uit 21 leden en vergadert één keer per kwartaal. Ze zijn verantwoordelijk voor het bekijken van de bevindingen opgesteld door de lokale CDR teams en voor het schrijven van een jaarlijks rapport met aanbevelingen die naar de gouverneur, de beleidsmakers en andere instanties worden gestuurd.

- CDR teams (lokaal niveau)

De lokale CDR teams bestaan uit professionals uit verschillende domeinen die vrijwillig meewerken. Een team bestaat gemiddeld uit vijftien leden en is samengesteld uit de volgende personen: de county medical examiner's office, de county prosecutor's office, local law enforcement, and representatives from the county court, county health department en county office of the Department of Human Services (Shannon & Gibbons, 2012). Er kunnen nog andere leden in het team zetelen en ad hoc gasten kunnen uitgenodigd worden. Er zijn

ook CDR teams die bestaan uit 2 of meer counties. Jaarlijks zijn er bijeenkomsten waar alle coördinatoren van de lokale CDR teams samenkomen.

Aanpak van review (figuur 1)

Elk overlijden wordt individueel bekeken. De teams gebruiken een rapporteringsformulier (het CDR Report Form) als leidraad voor de discussie. Elk teamlid heeft een Confidentiality Statement ondertekend en indien schriftelijke informatie is uitgedeeld, moet deze informatie na de bijeenkomst terug worden verzameld (Pierce et al., 2005).

De bespreking gaat als volgt (Pierce et al., 2005):

- De *medical examiner* presenteert zijn bevindingen van de autopsie en eventueel andere onderzoeken en vertelt wat de doodsoorzaak en aard van overlijden is
- De *Emergency Medical Services provider* presenteert het rapport en andere informatie
- De vertegenwoordiger van het ziekenhuis of betrokken arts geeft informatie
- De *law enforcement officer* geeft informatie over de plaats van overlijden en andere onderzoeken
- De Family Independence Agency rapporteert de geschiedenis van de familie, het kind en andere omstandigheden
- Het *local health department* en eventueel nog andere leden rapporteren alle informatie die zij bezitten
- De *prosecutor* rapporteert over de lopende gerechtelijke acties

Tijdens de review wordt een Michigan Child Death Review Report (ontwikkeld door het National Center for the Review and Prevention of Child Deaths) ingevuld en opgestuurd naar het state CDR program office van het MPHI. De staat Michigan heeft een interessante website die de counties moet helpen om child death review programma's op te starten. Zo is er bijvoorbeeld voor het onderzoek ter plaatse bij een plots en onverklaard overlijden een standaardformulier (Sudden & Unexplained Child Death Scene Investigation Form) ontwikkeld dat kan worden ingevuld door de politie en opgestuurd kan worden naar de Medical Examiner's Office binnen de vierentwintig uur (MPHI-CCFH, X.-d).

Het child death review team concludeert onder meer of het sterfgeval vermijdbaar was of niet. Vermijdbare sterfgevallen worden volgens de lokale CDR teams gedefinieerd als: "*if the community or an individual could reasonably have changed the circumstances that led to the death.*" Maar liefst 62 procent van alle beoordeelde kindersterfgevallen in het jaar 2011 was vermijdbaar (Michigan Child Death State Advisory Team, 2011).

Dataverzameling

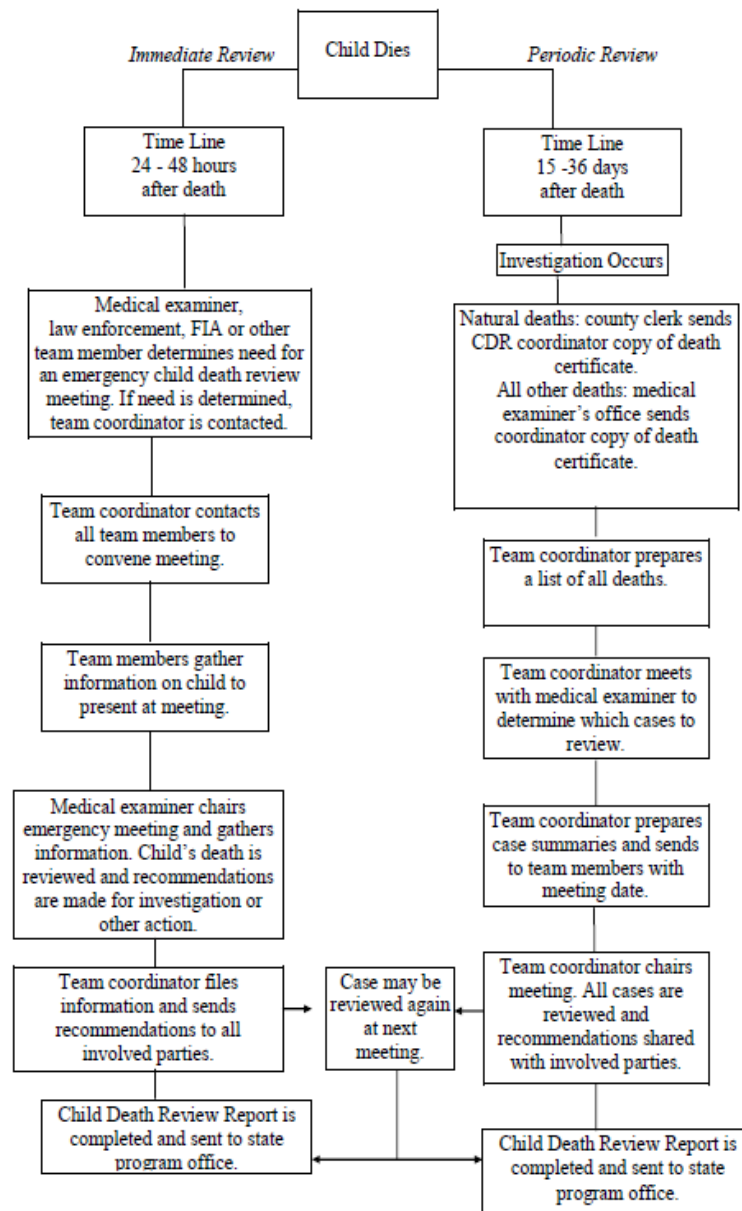
Michigan heeft een National Center for Child Death Review (NCCDR). Dit is een centrum voor Child Death Review programma's op lokaal niveau en op het niveau van de staat. Het NCCDR werd opgericht in 2002 en bevindt zich in het Michigan Public Health Institute (MPHI). Het wordt gefinancierd door het Maternal and Child Health (MCH) Bureau.

Een belangrijk project binnen het NCCDR was het ontwikkelen van een National Child Death Review Case Reporting System (NCDR-CRS) voor het verzamelen, analyseren en rapporteren van data. Deze gestandaardiseerde rapportagetool beoogt een uniformering van de werking van CDR teams op lokaal niveau en op het niveau van de staat. Uit de literatuur bleek immers dat de dataverzameling en –analyse van de verschillende CDR-teams weinig consistent waren. Momenteel wordt dit systeem door 35 van de 50 staten gebruikt (Covington, 2011).

Op de website van het National Center for Child Death Review (NCCDR) zijn interessante documenten terug te vinden die de staten en counties moeten helpen om Child Death Review programma's op te starten. Men heeft onder andere een nationale handleiding uitgewerkt.

Andere review teams

Naast het Child Death Review programma beschikt Michigan ook over een Michigan Fetal and Infant Mortality Review program (voor doodgeborenen en kinderen onder één jaar) en het Citizen Review Panel on Child Fatalities en het National Center for The Review and Prevention of Child Deaths. Deze worden allen beheerd door MPHI.



Figuur 1: Stroomdiagram Child Death Review process (MPHI-CCFH, X.-a).

Bijlage 14: Model IIIC en IID voor de aangifte van een overlijden

05/000399

	Model III D	0102040511 2161399 48	
STROOK A	AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR		
OF VAN EEN DOODGEBORTE (a)			
<i>(Strook in te vullen door de geneesheer en te bewaren door het gemeentebestuur)</i>			
Naam en voornaam van het kind		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
Naam en voornaam van de moeder		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
straat, nr.		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van overlijden		<div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em;"></div> / <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em;"></div> / <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em;"></div> <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em;"></div> u <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em;"></div> m	
Adres van overlijden : gemeente		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
straat, nr		<div style="border: 1px solid red; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
Nummer van de overlijdensakte		<div style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 40px; height: 1.2em;"></div>	
Geslacht van het kind			
<input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald			
Het kind is			
<input type="checkbox"/> • doodgeboren <input type="checkbox"/> • levend geboren			
		Gerechtig-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie (1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		Verplichte onmiddellijke kisting	
		<input type="checkbox"/> • in een hermetische kist (3) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		<input type="checkbox"/> • in een gewone kist (4) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		Bezwaar tegen eventuele	
		<input type="checkbox"/> • crematie (5) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		<input type="checkbox"/> • conserveringstechnieken (6) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		<input type="checkbox"/> • vervoer zonder kist (7) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
		Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer), verklaar dat ik deomuur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.			
Handtekening en stempel van de geneesheer			

- (a) Er moet een overlijdensformulier worden ingevuld per doodgeboren kind of per kind overleden vóór de leeftijd van één jaar.
- (1) Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag).
- (2) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (3).
- (3) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, *pest*, pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorrhagische koorts.
 B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 - B.S. 16 mei 1963 - art. 69.4, art. 69.7 en art. 3).
- (4) ~~De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: AIDS, hondsdolheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis A).~~
- (5) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevat.
- (6) - cfr (2) en (3)
 - slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakeld)
 - overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is.
- (7) cfr (2) en (3)

STROOK B

STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN KIND

JONGER DAN EEN JAAR OF VOOR EEN DOODGEBORTE

(Strook in te vullen door de **geneesheer**, te verifiëren door het gemeentebestuur
en over te maken aan de bevoegde geneesheer-ambtenaar)

1. Datum en uur van het overlijden

• datum (DDMMJJJJ)

 / /

• uur (UUMM)

 u m

2. Datum en uur van de geboorte

• datum (DDMMJJJJ)

 / /

• uur (UUMM)

 u m

3. Het kind is

☐ • doodgeboren☐ • levend geboren

4. Plaats van de geboorte

☐ • ziekenhuis☐ • thuis☐ • andere, precieseer

5. Plaats van het overlijden

☐ • ziekenhuis☐ • thuis☐ • andere, precieseer

6. Geslacht van het kind

☐ • mannelijk☐ • vrouwelijk☐ • onbepaald

7. Kind geboren uit een meervoudige zwangerschap

☐ • ja☐ • neen

In geval van meervoudige geboorte :

• totaal aantal geboorten, doodgeborenen inbegrepen

• rangnummer van het aangegeven kind

• aantal en geslacht van de kinderen geboren tijdens dezelfde bevalling (het aangegeven kind inbegrepen)

⇒ aantal levend geboren

☐ • mannelijk☐ • vrouwelijk☐ • onbepaald

⇒ aantal doodgeborenen

☐ • mannelijk☐ • vrouwelijk☐ • onbepaald

STROOK C

OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBORTE

(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)

A. Inlichtingen met betrekking tot de geboorte

1. Vorige geboorten

• aantal levendgeboren kinderen

• aantal doodgeboren kinderen

• aantal kinderen nog in leven

• datum van de vorige
bevalling (DDMMJJJJ)2. Vermoedelijke duur (in weken) van de
zwangerschap3. Medische risicofactoren verbonden aan deze
zwangerschap (maximum 3)

- ☐ • diabetes ☐ • nierziekte
☐ • chronische hypertensie ☐ • hemorragie in het 3de trim.
☐ • zwangerschaps- ☐ • voorafgaande geboorte
hypertensie van een kind met
gewicht < 2500 gram
☐ • eclampsie
☐ • andere, preciseer
☐ • geen medische risico's bekend

4. Transfer tijdens de zwangerschap

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- ☐ • achterhoofdligging ☐ • stuit
☐ • andere hoofdligging ☐ • dwars/schuine ligging
☐ • andere, preciseer

6. De bevalling

6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

6.2 Bevalling met assistentie

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

Indien ja, vul in 6.3, 6.4 en 6.5

Indien neen, of onbekend, ga dan onmiddellijk naar punt 7

6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- ☐ • forceps ☐ • stuitligging met extractie
(exclusief Bracht)
☐ • vacuüm-extractie ☐ • versie met extractie
☐ • keizersnede ☐ • externe versie
☐ • andere, preciseer

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling
rechtvaardigen

- ☐ • voorafgaande ☐ • afwijking van placenta
keizersnede
☐ • dystocie
☐ • andere, preciseer
☐ • geen maternale indicatie

6.5 Indicatie bij het kind als rechtvaardiging voor het type
van bevalling

- ☐ • foetale lijden ☐ • abnormale ligging
☐ • andere, preciseer
☐ • geen foetale indicatie

7. Toestand van het kind bij de geboorte

7.1 Obstetrisch trauma

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend
☐ Indien ja, preciseer

7.2 Ademnood

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend ☐ • niet van toepassing
☐ Indien ja, preciseer

7.3 Infectieziekten

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend
☐ Indien ja, preciseer

7.4 Congenitale afwijkingen

- ☐ • anencefalie ☐ • anale imperforatie
☐ • spina bifida ☐ • reductie van de ledematen
☐ • hydrocefalie ☐ • hernia diaphragmatica
☐ • gespleten lip/verhemelte ☐ • omphalocoele-gastroschisis
☐ • andere, preciseer
☐ • geen congenitale afwijkingen

8. Geboortegewicht van het kind (in gram)

9. Apgarscore na:

- 1 minuut • 10 minuten
 • 5 minuten

10. Zorgen onmiddellijk toegediend aan de pasgeborene
(maximum 3)

- ☐ • ventilatie zonder ☐ • niet van toepassing
intubatie
☐ • intubatie ☐ • geen ingreep
☐ • overplaatsing naar n-dienst
(binnen de eerste 12 uren)
☐ • overplaatsing naar N-dienst
(binnen de eerste 12 uren)
☐ • andere, preciseer

(vervolg verso)

JONGER DAN EEN JAAR OF VOOR EEN DOODGEBOORTE

(Strook in te vullen door het **gemeentebestuur** met de hulp van de aangever)

1. Gemeente (of land) van overlijden												
<i>Code N.I.S. ==></i>												

2. Nummer van de overlijdensakte

[illegible]

4. Geboortedatum (DDMMJJJJ)

• van de vader	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
• van de moeder	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

5. Opleiding (hoogste voltooide opleiding of diploma)		
	vader	moeder
• geen opleiding of lager onvoltooid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lager onderwijs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lager middelbaar		
⇒ beroeps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ technisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hoger middelbaar		
⇒ beroeps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ technisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hoger van het korte type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hoger van het lange type of universitair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• onbekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• andere, precieser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Huidige beroepstoestand		
	vader	moeder
• actief(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• student(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• werkloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• gepensioneerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zonder beroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• andere, precieser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

	vader	moeder
• zelfstandige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bediende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• arbeider(ster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• helper(ster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zonder beroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• andere, preciseer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

9. Nationaliteit

• van de vader
⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

• van de moeder
⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

[illegible]

11. Burgerlijke staat van de moeder	
<input type="checkbox"/> • ongehuwd	<input type="checkbox"/> • uit de echt gescheiden
<input type="checkbox"/> • gehuwd	<input type="checkbox"/> • van tafel en bed gescheiden
<input type="checkbox"/> • weduwe	<input type="checkbox"/> • onbekend

12. Gezinstoestand van de moeder

☐ • alleenwonend ☐ • samenwonend

13. Datum van het huidige huwelijk (DDMMJJJJ)

14. Aantal vorige geboorten uit het huidige huwelijk

• doodgeborenen		• levend geboren	
-----------------	--	------------------	--

STROOK A

AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen door de **geneesheer** en te bewaren door het gemeentebestuur)

Naam en voornaam van de overledene	<input type="text"/>
Echtgeno(o)t(e) of weduw(e)(naar) van	<input type="text"/>
Gewone verblijfplaats :	gemeente <input type="text"/>
	straat, nr. <input type="text"/>
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van overlijden	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> u <input type="text"/> m
Adres van overlijden :	gemeente <input type="text"/>
	straat, nr <input type="text"/>

Nummer van de overlijdensakte	<input type="text"/>	Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begravenis of crematie (1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Geslacht van de overledene		Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
<input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald		Verplichte onmiddellijke kisting	
		• in een hermetische kist (3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		• in een gewone kist (4)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		Bezwaar tegen eventuele	
		• crematie (5)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		• conserveringstechnieken (6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		• vervoer zonder kist (7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
		Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

verklaar dat ik deom.....uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

- (1) Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag).
 (2) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (3).
 (3) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorragische koorts.
 B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 - B.S. 16 mei 1963 - art. 69.4, art. 69.7 en art. 3).
 (4) De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: AIDS, hondsdoelheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis A).
 (5) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevat.
 (6) - cfr (2) en (3)
 - slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakkeld)
 - overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is.
 (7) cfr (2) en (3)

STROOK B

Model III C

0102041011074222903

STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON
VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen door de **geneesheer**, te verifiëren door het gemeentebestuur
en over te maken aan de bevoegde geneesheer-ambtenaar)

1. Datum en uur van het overlijden

• datum (DDMMJJJJ)

/ /

• uur (UUMM)

u m

2. Plaats van het overlijden

☐ • thuis

☐ • openbare weg

☐ • ziekenhuis

☐ • werkplaats

☐ • bejaardentehuis

☐ • andere, preciseer

.....

.....

3. Geslacht van de overledene

☐ • mannelijk

☐ • vrouwelijk

☐ • onbepaald

0102041111074222906

STROOK C

OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de **geneesheer**)

293

**STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON
VAN EEN JAAR OF OUDER**

1. Gemeente (of land) van overlijden

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--	--	--	--

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

• geen opleiding of lager onvoltooid	<input type="checkbox"/>
• lager onderwijs	<input type="checkbox"/>
• lager middelbaar	<input type="checkbox"/>
⇒ beroeps	<input type="checkbox"/>
⇒ technisch	<input type="checkbox"/>
⇒ algemeen	<input type="checkbox"/>
• hoger middelbaar	<input type="checkbox"/>
⇒ beroeps	<input type="checkbox"/>
⇒ technisch	<input type="checkbox"/>
⇒ algemeen	<input type="checkbox"/>
• hoger van het korte type	<input type="checkbox"/>
• hoger van het lange type of universitair	<input type="checkbox"/>
• onbekend	<input type="checkbox"/>
• andere, preciezer	<input type="checkbox"/>

• actief(ve)	<input type="checkbox"/>
• student(e)	<input type="checkbox"/>
• werkloos	<input type="checkbox"/>
• gepensioneerd	<input type="checkbox"/>
• invalide	<input type="checkbox"/>
• zonder beroep	<input type="checkbox"/>
• andere, preciseer	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	

- zelfstandige ☐
- bediende ☐
- arbeider(sten) ☐
- helper(sten) ☐
- zonder beroep ☐
- onbekend ☐
- andere, preciseer ☐

[illegible]

- 1.

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--	--

• 2.

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--	--

• 3.

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--	--

[illegible]

Code N.I.S. ==>

--	--	--

☐ • ongehuwd ☐ • uit de echt gescheiden

☐ • gehuwd ☐ • van tafel en bed gescheiden

☐ • weduw(e)(naar) ☐ • onbekend

• geboortedatum van de overlevende echtgeno(o)t(e) / /

• datum van het laatste huwelijk / /

☐ alleen
☐ in een privé-huishouden
☐ in een instelling
☐ andere, preciseer

Bijlage 15: Wet van 26 maart 2003 houdende de regeling van de autopsie na het onverwachte en medisch onverklaarde overlijden van een kind van minder dan achttien maanden

Art. 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2. Deze wet is van toepassing op autopsies die worden uitgevoerd op kinderen die onverwacht en om medisch onverklaarbare redenen vóór de leeftijd van achttien maanden overleden zijn.

Art. 3. Bij elk overlijden van een kind dat de volle leeftijd van achttien maanden niet heeft bereikt, wordt een autopsie uitgevoerd om de doodsoorzaak op te sporen, tenzij één van de ouders zich daartegen verzet.

De arts die het overlijden vaststelt, is verplicht de ouders in kennis te stellen van het recht op weigering van een autopsie en hen te informeren over alle aspecten van het post-mortem-onderzoek en van de vragen waarover dat laatste duidelijkheid zou kunnen scheppen.

De beslissing van de ouders om een autopsie te weigeren of ermee in te stemmen wordt schriftelijk vermeld in het medisch dossier van het kind.

Art. 4. Het lichaam van het kind wordt overgebracht naar een centrum voor wiegendood van een algemeen ziekenhuis dat over een erkende dienst voor kindergeneeskunde, een erkende functie voor lokale neonatale zorg en een dienst voor anatomopathologie beschikt.

Bovendien moet het centrum een specifieke expertise hebben voor opvang van ouders en familieleden van de overleden kinderen, die door de Koning nader kan worden omschreven.

De Koning bepaalt eveneens de nadere voorwaarden met betrekking tot het transport, de autopsie en de psychologische ondersteuning van de ouders en het gezin en stelt de financieringsregeling ter zake vast. De ouders betalen geen kosten in het kader van de toepassing van deze wet.

Art. 5. Als beide ouders overleden zijn of vallen onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaam verklaard zijn, beslist de persoon die de voogdij uitoefent ten aanzien van het kind de autopsie te aanvaarden of te weigeren, onder dezelfde voorwaarden en volgens dezelfde regels die van toepassing zijn op de ouders, met dien verstande dat de personen die in staat van verlengde minderjarigheid of onbekwaam verklaard zijn zoveel mogelijk en in verhouding tot hun begripsvermogen betrokken worden bij het beslissingsproces.

Art. 6. Wanneer de autopsie doorgaat in overeenstemming met de bepalingen van de artikelen 3 en 5, moet ze zo snel mogelijk worden uitgevoerd. Daarbij moet zoveel mogelijk rekening worden gehouden met de wensen van de ouders, en eventueel van de personen die de ouderlijke macht of de voogdij uitoefenen ten aanzien van het kind.

Art. 7. De autopsie wordt uitgevoerd met respect voor het stoffelijke overschot door de patholoog-anatoom van het centrum voor wiegendood volgens een standaardprocedure opgesteld binnen het centrum. De vermelding « wiegendood » komt pas op het overlijdenscertificaat als een bewijs van autopsie is voorgelegd.

Art. 8. De resultaten worden aan de ouders meegedeeld tijdens een onderhoud, naar hun keuze door een arts van het centrum of door de arts aan wie op verzoek van de ouders de resultaten moeten worden overgezonden.

Art. 9. Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de derde maand na die waarin ze in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt. Na twee jaar wordt de wet door de Federale Kamers geëvalueerd. Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Bijlage 16: Raming kosten van enkele onderzoeken bij zuigelingen in het kader van de wet van 26 maart 2003

Nomenclatuur	Omschrijving	Kostprijs (euro)
126836	Microscopisch onderzoek van etter, exsudaten, sputum, punktievloeistoffen, sperma, na dubbele kleuring	0,73
452723	Thorax face en profiel	15,08
455070	1x onderarm	14,07
455125	1x bovenarm	17,59
455210	1x onderbeen	14,07
455394	Cervicale wervelkolom	40,21
455416	Dorsale wervelkolom	35,18
455475	Lumbale wervelkolom	45,24
455630	Schedel	32,67
455881	1x bovenbeen	20,10
540050	Afzonderlijk doseren van aminozuren na fractioneren op kolom	20,38
542393	Specifiek doseren van vrij en veresterd carnitine	4,08
542415	Specifieke bepaling van C22- C26 vetzuren, en identificatie met massaspectrometrie	24,46
544014	Cerebrospinaal vocht: Doseren van melkzuur	1,22
544073	Cerebrospinaal vocht: Doseren van glucose	0,82
544095	Cerebrospinaal vocht: Doseren van totale proteïnen	0,82
545716	Biopsieën of kweken van cellen : doseren van minimum twee intracellulaire enzymen	14,68
549511	Cytologisch onderzoek van cerebrospinaal vocht : tellen van leucocyten	2,04
549533	Cytologisch onderzoek van cerebrospinaal vocht : leucocytenformule	4,08
550373	Aërobe kweek van etter (exclusief vaginaal secreet), exsudaten, punktievloeistoffen en bipten	3,26
555015	Bepalen van de bloedgroepen ABO-RH1	1,22
556791	Opsporen van enterovirussen	65,23
565014	Karyotypering met bandering bij de diagnose van een constitutionele aandoening, ongeacht het aantal kleuringen en banderingen	298,91
565294	Kweek van fibroblasten, tumorale cellijnen of getransformeerde lymfoblasten - uitgezonderd kortdurende kweek op perifere lymfocyten of beenmergcellen	117,91
593154	Forfaitair honorarium klinische biologie - Indien de betrekkelijke waarde van het geheel van de voorgeschreven verstrekkingen B3500 of meer bedraagt	39,40
775294	Autopsie door patholoog-anatoom volgens standaardprocedure	528,98
775316	Transport van overleden kind met oog op autopsie	op basis van factuur
775331	Psychologische ondersteuning van ouders en familieleden	235,91
	Totaal	1598,34